Aus der Universitätsnervenklinik Homburg/Saar

Die Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB)
Anwendung und Erfahrung in der Kinderpsychiatrie

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Ute Müller

Saarbrücken
1972

AUS DER UNIVERSITÄTSNERVENKLINIK HOMBURG/SAAR
(Direktor: Prof. Dr. med. H.H. Meyer)
ABTEILUNG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
(Leiter bis 1.3.1971: Prof. Dr. med. H. Meyerhoff)

Die Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB) Anwendung und Erfahrung in der Kinderpsychiatrie

INAUGURALDISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

Vorgelegt von
Ute Müller

Dekan: Prof. Dr. med. H. Kulenkampff
Referent: Prof. Dr. med. H. Meyerhoff

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Promotionsdatum: 5. 8. 1972

Meiner Familie

I N H A L T

		Seite
1.	EINLEITUNG	4
1.1.	Allgemeine Bedeutung der Kinderpsychiatrie und Testpsychologie bei oligophrenen Kindern	4
1.2.	Die Testbatterie TBGB	5
1.3.	Aufgabenstellung der Untersuchung	6
2.	LITERATURÜBERSICHT	7
2.1.	Intelligenz und Oligophrenie	7
2.2.	Statistische Daten	8
2.3.	Formen und Grade der Oligophrenie	8
2.4.	Ätiologie der Oligophrenie	1o
2.4.1.	Pränatale Schäden	11
2.4.2.	Perinatale Schäden	12
2.4.3.	Andere Ursachen cerebraler Erkrankungen	13
2.4.4.	Psychoreaktive Störungen	14
2.5.	Somatische Folgezustände der Encephalopathie	17
2.5.1.	Infantile Cerebralparese	17
2.5.2.	Cerebrale und motorische Dysfunktionen	18
2.5.3.	Vegetative Dysregulation	19
2.5.4.	Motorische Retardierung	19
2.6.	Psychische Folgezustände der Encephalopathie	2o
2.6.1.	Intelligenzstörungen	2o
2.6.2.	Verhaltensstörungen	22
2.6.3.	Krankheits- und Verletzungsgefahr	24
2.7.	Die Situation des oligophrenen Kindes in der Umwelt	25
2.8.	Untersuchung und Diagnosestellung	26
2.9.	Therapie	28
2.1o.	Prophylaxe	31
2.11.	Schulbildung	32

		Seite
2.12.	Berufsfindung	35
2.13.	Schlußbetrachtung zur Oligophrenie	36
3.	ALLGEMEINES ÜBER TESTVERFAHREN	37
3.1.	Definition des Test	37
3.2.	Die wichtigsten Intelligenz- und Persönlichkeitstests	39
3.3.	Testsituation	4o
4.	EIGENE UNTERSUCHUNGEN	42
4.1.	Fragestellung	42
4.2.	Methodik	42
4.2.1.	Beschreibung der Tests	43
4,2.2.	Reliabilität und Validität der TBGB	47
4.2.3.	Beschreibung der Stichproben	5o
4.2.4.	Beschreibung der Datengewinnung	51
5.	ERGEBNISSE	52
5.1.	Testergebnisse der Siebenjährigen	54
5.2.	Testergebnisse der 8 jährigen Probanden	55
5.3.	Testergebnisse der 9 jährigen Probanden	57
5.4.	Testergebnisse der 1o jährigen Probanden	61
5.5.	Testergebnisse der 11 jährigen Probanden	63
5.6.	Testergebnisse der 12 jährigen Probanden	66
6.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	71
7.	ZUSAMMENFASSUNG	77
	LITERATURVERZEICHNIS	79
	ANHANG	88

1. EINLEITUNG

1.1. Allgemeine Bedeutung der Kinderpsychiatrie und Testpsychologie bei oligophrenen Kindern

Bei der Vielzahl der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist der Schwachsinn zahlenmäßig am häufigsten. Nach LENZ (1960) ist etwa 3 - 4% der Gesamtbevölkerung oligophren.

Da Schwachsinn nicht nur ein Intelligenzdefizit, sondern vielmehr als eine Störung der Gesamtpersönlichkeit zu betrachten ist, bleibt der oligophrene Mensch häufig unselbständig und hilfebedürftig; seine Erziehung und Ausbildung, seine Führung sowie allgemeine Pflege verlangt differenzierte Organisationen und Einrichtungen. (LUTZ, 1968).

Charakteristikum der im Kindesalter auftretenden Hirnschädigung sind nun nicht die sich mehr oder weniger isoliert manifestierenden Ausfälle, sondern vielmehr die Veränderungen des gesamten Organismus und die des ganzen psychischen Geschehens. (GOLDSTEIN, 1939).

Aufgabe der Psychologie ist es, diese "ganzheitliche Veränderung", wie WEWETZER (1959) sie nennt, zu analysieren, den zugrundeliegenden Gestalt- und Strukturwandel zu beschreiben und die einzelnen Verhaltensweisen zu verstehen und zu erklären. Mittel dazu sind normative Testverfahren mit objektivierten Testdaten, die dann den sogenannten psychologischen Status ergeben. Um eine umfassende psychopathologische Diagnose im Sinne einer klinisch medizinischen Diagnose zu erheben, reichen diese psychologischen Ergebniswerte jedoch in keinem Fall aus. Sie sollen lediglich ein klares psychologisches Bild geben, das als Teil eines gesamten pathologischen Symptomenkomplexes zu betrachten ist und nicht etwa die psychopathologische Analyse und Interpretation ersetzen. (REY, 1952).

Man wird also Testverfahren anwenden, um einmal den Schwachsinn festzustellen, um weiterhin den Grad der Oligophrenie anzugeben und schließlich, um zerebral bedingte Leistungsstörungen objektivieren zu können. (SCHRAML, 1970).

1.2. Die Testbatterie TBGB

Da die intellektuellen Beschränkungen nicht immer gleichförmig verlaufen und es oligohphrene Kinder gibt, die sogar über ganz außergewöhnliche Geschicklichkeits- oder Gedächtnisleistungen verfügen, ist es sehr wesentlich, daß psychologische Testverfahren zur Verfügung stehen, mit deren Hilfe einmal präzise und gültige Aussagen über das genaue Ausmaß des Schwachsinns gemacht werden können, die zum anderen aber auch Feststellungen über Fähigkeiten und Talente des entsprechenden Probanden gestatten und somit einen Ausblick auf Art und Grad einer entsprechenden Fähigkeiten adäquaten Bildung.

Von großer Bedeutung ist daher die 1969 von Curt BONDY, Rudolf COHEN, Dietrich EGGERT und Gerd LÜER herausgegebene Testbatterie (TBGB), die eine Zusammenstellung von Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungstest ist und die objektive und zuverlässige Informationen über die Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale bei geistig behinderten Kindern ermöglicht; sie ist ein Hilfsmittel für den Diagnostiker, Aufschluß über das Leistungsverhalten der Kinder zu bekommen.

1.3. Aufgabenstellung

Die folgende Untersuchung befaßt sich mit der Anwendung des Testverfahrens TBGB, das von 1969 bis 1970 in der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar in der Abteilung für Kinder und Jugendliche an 51 oligophrenen Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren durchgeführt wurde.

An Hand eigener Erfahrungen, sowie einer Literaturübersicht soll zu diesem Test und zur allgemeinen Problematik der Oligophrenie Stellung genommen werden.

2. L I T E R A T U R Ü B E R S I C H T

2.1. Intelligenz und Oligophrenie

STERN (1928) betrachtet Intelligenz als die Fähigkeit, sich unter zweckmäßiger Verfügung der Denkmittel auf neue Forderungen einzustellen; JASPERS (1948) erweitert diesen Begriff über das Denken allein hinaus, bei ihm ist Intelligenz die Gesamtheit der menschlichen Begabungen und Werkzeuge, die zu irgendwelchen Anpassungen an die Lebensaufgaben brauchbar sind und zweckmäßig verwendet werden ; SCHNEIDER (1967) sieht Intelligenz wiederum nur als Oberbegriff über die Einheit der Denkanlagen und Denkvollziehungen mit ihrer Anwendung auf alle Aufgaben des täglichen Lebens.

Das Negativum dieser so definierten Intelligenz ist nach SCHNEIDER (1967) der Schwachsinn; impliziert ist in diesem Begriff denkerisches Versagen und Denkdefekt sowie Störungen des Auffassungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und schließlich der Sprache. STUTTE (1960) erweitert den Defekt des Schwachsinnigen vom geistigen Bereich auf alle Gebiete des menschlichen Seins, denn auch Dinge wie Kontaktfähigkeit, Interesse, Fühlen, Wollen, Spontaneität und Stimmung im Allgemeinen sind gestört, er spricht daher von einer "herabgesetzten Differenziertheit des Gemüts".

Da ein oligophrener Mensch nicht immer in der Lage ist, sich selbst und seine Angelegenheit zu besorgen und dies auch oft nicht lernen kann, so definiert BENDA (1960), braucht er folgerichtig zu seinem eigenen und zu dem Wohle der Gesellschaft Überwachung, Kontrolle und Fürsorge; wegen seiner Unfähigkeit, leibliche Trieberregungen jeglicher Art zu ordnen und zu beherrschen, betrachtet er einen oligophrenen Menschen

nicht nur als mangelhaft intelligent, sondern auch als eine "moralisch defekte Person".

2.2. Statistische Daten

Das Verhältnis perinataler kindlicher Letalität zu frühkindlicher Hirnschädigung beträgt nach HÜTER (1966) 1 : 5; das bedeutet, daß in der BRD jede 35. Geburt zu einem toten und jede 2oo. Geburt zu einem hirngeschädigten Kind führt. Jährlich sollen das nach MÜLLER-KÜPpers 61969) etwa zehn bis fünfzehntausend Neugeborene sein, die schwangerschafts- oder geburtsbedingt Hirnschäden aufweisen, wovon etwa ein Fünftel der Kinder infantile Zerebralparesen haben soll.

Auf eine Bevölkerungszahl von zehntausend errechnet man nach diesen und anderen Angaben ein geistig behindertes Kind. Bezogen auf das Jahr 1969 bedeutet das, daß hundertsechzigtausend behinderte Kinder in der Bundesrepublik Deutschland nicht in eine sogenannte Normalschule gehen können, zählt man die lernbehinderten Kinder noch dazu, diejenigen Kinder also, die in Sonderschulen untergebracht sind, so erhöht sich die Zahl der Kinder auf etwa funfhunderttausend.

2.3. Formen und Grade der Oligophrenie

Aus der Vielzahl der sich anbietenden Definitionen und Einteilungsmöglichkeiten des Schwachsinns seien hier nur die Wesentlichsten zitiert. BENDA (196o) beschreibt zum Beispiel drei Gruppen von Schwachsinnigen: Die erste Gruppe umfaßt körperlich normale Personen, deren Denk- und Lernfähigkeiten unterdurchschnittlich sind, in der zweiten Gruppe sind geistig und konstitutionell unzulängliche Personen, die

erheblich schwachsinnig sind. Die dritte Gruppe umfaßt Personen, deren Entwicklung durch zusätzliche Faktoren schädigend beeinflußt wurde, hierbei handle es sich um Krankheiten mit bleibendem Defekt.

Eine andere Einteilung der Schweregrade der Oligophrenie von BENDA (196o), LENZ (196o) und ZÜBLIN (1967) sieht folgende drei Gruppen vor:

Debilität ist die leichteste Form des Schwachsinns, dabei ist die Person mit einem IQ von 5o - 69 gut sonderschulfähig, was bedeutet, daß eine gesonderte und eingeschränkte Schulbildung und eine einfache berufliche Tätigkeit - allerdings ohne Lehre - möglich ist.

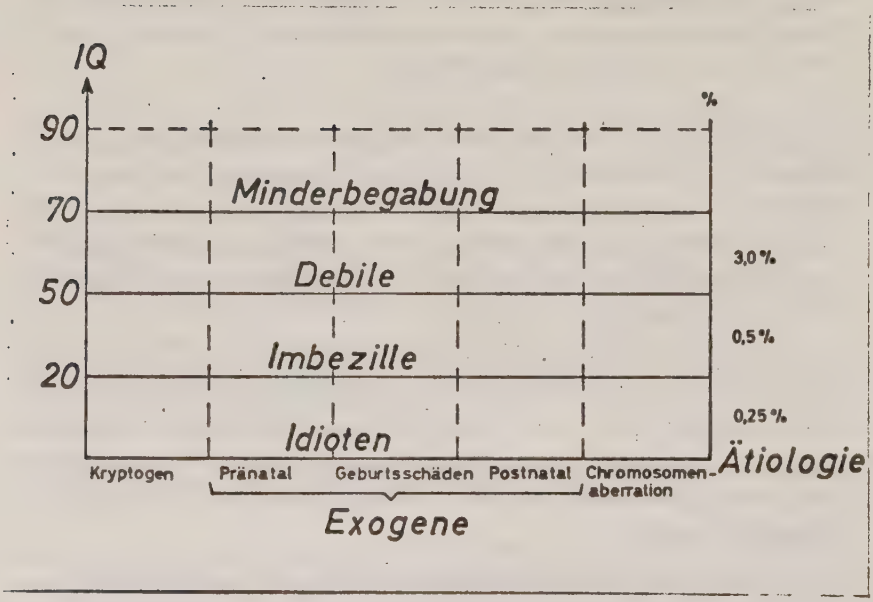
Imbezillität ist die mittelschwere Schwachsinnsform. Mit einem IQ von 2o - 49 weist die Person eine mäßige Unterentwicklung auf, sie ist nicht mehr schulfähig und das Erlernen sowie eine sinnvolle Verwendung von Schrift oder Rechnen ist nicht mehr möglich. Ein Imbeziller ist praktisch bildungsunfähig, jedoch ist die Ausführung einfacher, stereotyper Aufgaben möglich.

Idiotie ist die schwerste Form der Oligophrenie. Es handelt sich dabei um schwere bis schwerste geistige Behinderung; bei einem IQ von o - 19 sind die Personen absolut bildungsunfähig, auch nach intensivster Schulung ist eine zielgerichtete Tätigkeit nicht möglich. Die Personen sind schutz- und pflegebedürftig.

Eine ganz neue Form der Klassifikation ist von HELMCHEN (197o) nach dem Diagnosenschlüssel der WHO aufgestellt worden: ICD (international classification of deseases) teilt Oligophrenien in folgender Weise ein:

Minderbegabung (Grenzfälle)	IQ 68 - 85
Leichter Schwachsinn	IQ 52 - 61
Deutlicher Schwachsinn	IQ 36 - 51
Schwerer Schwachsinn	IQ 2o - 35
Hochgradiger Schwachsinn (Idiotie)	IQ unter 2o

Eine andere Möglichkeit der Einteilung geistiger Behinderungen zeigt die folgende Darstellung von EGGERS (197o)



2.4. Ätiologie der Oligophrenie

Da geistige Entwicklungsstörungen keine Krankheit sind, son-

dern Symptome vieler krankhafter Zustände, stellt die Ursachenforschung hier eine besonders wichtige Aufgabe dar. (Zunächst sei darauf hingewiesen, daß Schwachsinn sich morphologisch durch Störungen der Differenzierungen manifestiert, es tre ten fetale Nervenzellen auf, Migrationsstörungen der Neuroblasten und allgemeine Anomalien in der Bildung von symmetrischen Vorstellungen (BENDA, 196o).

2. 4.1. Pränatale Schäden

Zunächst seien die vorgeburtlichen Schäden erwähnt, die bereits im Embryonal bzw. Fetalstadium Schädel-Gehirn-Mißbildungen verursachen, die im weiteren Verlauf der Kindesentwicklung zu Schwachsinnsformen führen können.

SCHLACK (1961) führt hier zuerst die Genopathie an, bei der auf Grund von geschädigten Genen oder Chromosomen pränatale Krankheitsbilder auftreten. Gametopathie nennt man die Folge einer intrauterinen Entwicklungsstörung des Kindes, wobei die Schädigungsfaktoren exogener oder endogener Natur sein können. Einer dieser endogenen Faktoren kann beispielsweise an die Chromosomen gebunden sein und etwa zur Triesomie des Autosoms 21 führen. Blastopathie hingegen ist die Bezeichnung für tiefgreifende Fehlbildungen, die infolge Umorganisation des Keimes in den ersten zwei Wochen post conceptionem auftreten. Als Embryopathie bezeichnet man eine in den ersten drei Lebensmonaten auftretende Fruchtschädigung, die etwa durch Virusinfektion hervorgerufen wird oder aber durch Stoffwechselerkrankungen der Mutter wie Diabetes mellitus. Als weitere Ursachen einer Embryopathie kommen Plazentainsertionsanomalien in Frage, chronische Hypoxien, pulmonaler oder cardialer Genese, chemische und phy-

sikalische Agentien wie Medikamente oder bestimmte Strahlungseinwirkungen, Fetopathien sind intrauterine Entwicklungsstörungen, die nach dem dritten Monat der Gravidität auftreten, hierbei kommen wiederum die Virusinfektionen in Frage, jedoch auch andere Infekte bakterieller Art bzw. Zoonosen (Toxoplasmose) und Blutgruppenunverträglichkeiten wie etwa beim Morbus haemolyticus neonatorum.

2.4.2. Perinatale Schäden

Hier sei als erstes das Geburtstrauma erwähnt, bei dem es zu Schädigungen des kindlichen Gehirns unter dem eigentlichen Geburtsvorgang kommen kann, insbesondere, wenn es sich um eine schwierige Kindeslage handelt, bei der eine Zangengeburt, eine Vakuumextraktion, eine sectio caesarea oder andere geburtshilfliche Maßnahmen indiziert sind; cerebrale Hypoxaemien, apoplektische und andere cerebrale Blutungen, Schädelfrakturen und intracranielle Verletzungen sind hierbei die Basis der Hirnschädigungen.
Eine weitere Gefahr stellt die Geburtsasphyxie post partum, ein Auftreten multipler Thromben in den subarachnoidalen Arterien dar, deren Gefolge dann venöse Abflußstauungen und cystische Gewebsdefekte zu verzeichnen sind. (LEMPP, 1964).

Früh- und Mangelgeburten sollen nach LEMPP (1964) im Vergleich zu normal ausgetragenen Kindern schädigenden Agentien allgemeiner Genese gegenüber eine größere Labilität aufweisen, infolge der noch schwach ausgebildeten Schädelknochen. GÖLLNITZ (1954) weist auf allgemeine Hirntraumen durch Commotio, Contusio und andere Hirnverletzungen hin, die in allen Lebensaltern eine sehr große Gefahr darstellen, die jedoch im Kindesalter weitaus am größten sind.

2.4.3. Andere Ursachen cerebraler Erkrankungen

Von den entzündlichen Prozessen, die von großer Bedeutung in Pädiatrie und Kinderpsychiatrie sind, sei zunächst auf die Enzephalitis hingewiesen, die meist auf dem Boden einer Viruserkrankung des Zentralnervensystems auftritt und bei der vorwiegend in den subcorticalen Arrealen im Bereich des Aquäduct und des 3. Ventrikels abgestorbene Neurone durch Gliawucherungen ersetzt werden.

Als nächstes sei die Meningitis genannt, bei der es sich um Infektionen multipler Genese handelt, die die Dura mater und die Leptomeninx cerebralis und spinalis alternativ oder gemeinsam betreffen, man unterscheidet entsprechende Formen der Meningitis: die Meningitis cerebralis, spinalis und cerebro-spinalis.

Aber auch andere Infektionskrankheiten wie Scarlatina, Rubeolae, Morbilli, Parotis epidemica, Influenza, Pneumonien und Otitiden können zu cerebralen Schädigungen führen, da durch einen derartigen Infekt die Permeabilität der Meningen gesteigert wird und es so zu einer encephalen Mitreaktion kommt. (LEMPP, 1964).

LANGE-CASSACK (1935) und SCHULTE (1953) haben Schwachsinnsformen beschrieben, bei denen der cerebrale Insult auf Ernährungsstörungen am dystrophischen Säugling basiert und zu einer irreversiblen Schädigung geführt hat.

Als weitere Ursache einer Hirnschädigung können die von ASPERGER (1952) beschriebenen Neoplasmen angeführt werden und angeborene Stoffwechselerkrankungen, wie BENDA (1960) schreibt, so etwa die Phenylketonurie, die Ahorn-Sirup-Krankheit und die Amaurotische Idiatie. Die beiden ersteren entstehen auf dem Boden eines Enzymdefektes, letztere ist verursacht durch

eine Lipoidose.

Von den Endokrinopathien sei lediglich der Kretinismus erwähnt mit einer irreversiblen Dysfunktion der Gladnula thyreoidea (STUTTE, 1960).

In diesem Zusammenhang können auch die von BENDA (1960) beschriebenen angeborenen Schädelmißbildungen aufgeführt werden, bei denen es widerum durch die Einwirkung schädigender Agentien, die zum einen wachstumshemmend wirken, zum anderen aber auch eine vorzeitige Synostose bewirken können, zu teilweise erheblichen Schädeldeformitäten kommen, die zur Ausbildung von Mikro- und Makrozephali führen, zu Agyrie, Mikro- oder Pachygyrie.

Eine pathologische Ansammlung von liquor cerebrospinalis im Ventrikelsystem oder in den Subarachnoidealräumen des cerebrums kann zum Krankheitsbild des Hydrocephalus führen.

Eine andere Form der Dyskranie ist beispielsweise die Turricephalie, die ebenfalls durch vorzeitige Synostose entsteht.

2.4.4. Psychoreaktive Störungen

Der Milieuschaden hat sich in den letzten Jahrzehnten unter dem Einfluß tiefenpsychologischer und sozialpsychologischer Erkenntnisse als besondere Kategorie in der Forschung nach den Ursachen des Schwachsinns erwiesen; "Soziokulturelle Deprivation" nennt WEGENER (1959) diese Ursachengruppe.

Bei zahlreichen Autoren wird ein enger Zusammenhang zwischen Erbanlagen und Milieu beschrieben, im Sinne einer so-

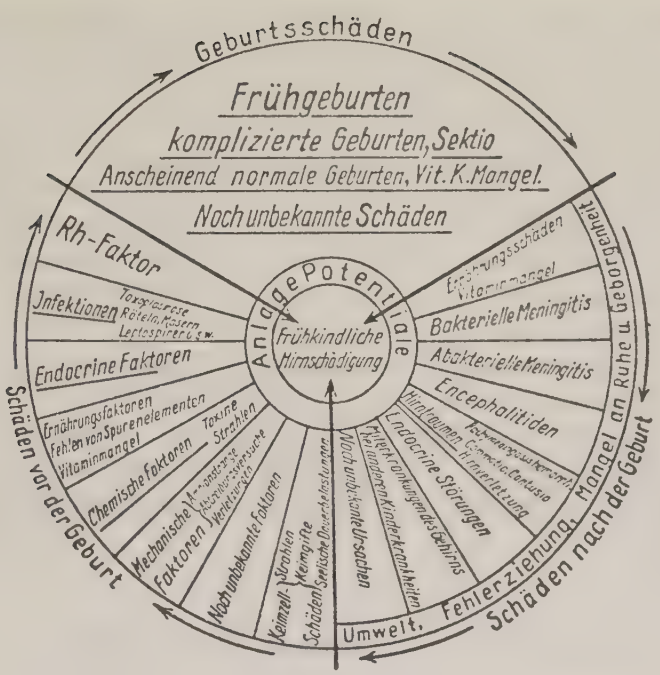
zialen Interaktion und Kumulation. Man stützt sich bei dieser Behauptung auf die Tatsache, daß minderbegabte Eltern oftmals auch in der Gestaltung eines Familienlebens und einer gezielten, auf pädagogischen Prinzipien basierenden Kindererziehung weniger geeignet sind als normal begabte.

Untersuchungen in der Bundesrepublik haben tatsächlich einen Zusammenhang zwischen ungünstigen wirtschaftlichen und erzieherischen Bedingungen bei dieser Elterngruppe verifiziert. Subkulturelle und genetische Faktoren führen in solchen Fällen gemeinsam zu leichtem bis mittleren Intelligenzmangel. Kulturelle und soziale Faktoren werden aber auch ohne Mitwirkung anderer Ursachen für die Entstehung intellektueller Leisturgsunfähigkeit gemacht und basiert auf dem Fehlen von Anregungen aus der Umwelt, der Isolierung des Kindes von mitmenschlichen Kontakten, dem seelischen Hospitalismus, ferner auf einer Belastung durch räumliche Enge und wirtschaftliche Notlagen, ungünstige Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse sowie Erziehungsfehler, die sich vor allem in Form von Entmutigungen präsentieren, und in mangelndem affektiven Kontakt trotz normaler äußerer Bedingungen; durch all diese Gegebenheiten wird die soziale Anpassung der Minderbegabten erschwert und die Lernprozesse werden verhindert. (WEGENER, 1959).

BENDA (1960) nimmt in ganz ähnlicher Weise zu diesem Thema Stellung. Wird nämlich den Kindern keine Möglichkeit geboten, im Laufe ihrer Entwicklung eine Ichstruktur zu schaffen, die eine befriedigende Anpassung an die Umwelt gestattet, wie das ganz allgemeine bei sog. zerrütteten Familienverhältnissen der Fall ist, so entsteht der Sozio-Kulturelle-Schwachsinn, wie ZÜBLIN (1967) ihn nennt; in diesem Fall ist der Schwachsinn als ein Kulturprodukt zu betrachten.

Im Anschluß an die Schilderung der Ätiologie des Schwachsinns sei noch darauf hingewiesen, daß die Lokalisation der cerebralen Schädigung und ihre Genese für die Ausprägung des psychopathologischen Achsensyndroms, wie GÖLLNITZ (1954) eine Leistungsinsuffizienz des gesamten Gehirns nennt, ohne jegliche Bedeutung ist, auch sind die Reaktionen des Embryos auf die vielen verschiedenen Arten der möglichen Virusinfektionen nicht artspezifisch, die Schädigungen sind vielmehr dieselben (THALHAMMER, 1959); entscheidend für Form und Ausmaß der cerebralen Schädigung ist ganz allein der Zeitpunkt innerhalb der foetalen Entwicklung, zu welchem das schädigende Agens eintritt - je früher es eintritt - desto stärker tritt die Nivellierung und Auslöschung der Anlagepotentiale hervor. (GÖLLNITZ, 1954).

LEMPP (1959) verweist noch auf die größere Anfälligkeit mißgebildeter Gehirne gegenüber exogenen Schädigungen im Vergleich zu normal gebildeten Gehirnen infolge ihrer Organminderwertigkeit. Somit ist es erklärlich, daß ein bereits geschädigtes Gehirn durch relativ leichte Infektionen oder Traumen oder auch andere Einflüsse eine weitere, wesentlich umfangreichere Schädigung erfahren kann.



- GÖLLNITZ (1964)

2.5. Somatische Folgezustände der Encephalopathie

2.5.1. Infantile Cerebralparese

Infantile Cerebralparese ist die Bezeichnung für das Endstadium eines auf multiplen Ursachenfaktoren beruhenden Krankheitszustandes, der das unreife Gehirn geschädigt hat und sich in bilateralen, meist symmetrisch nachweisbaren,

nicht fortgeleiteten und von Geburt an vorhandenen Störungen der Motilität äußert. Je nach Lokalisation und Art der cerebralen Paresen unterscheidet man die spastische, ataktische und athetotische Form dieser Krankheit, wobei entweder der cerebrale cortex oder das cerebellum oder aber die Basalganglien betroffen sind. (SCHMID und ASPERGER,1969). HUFFMANN (1968) sollte in seinen Untersuchungen zum Thema des neurologischen und psychischen Defektsyndroms bei frühkindlicher Hirnschädigung sowohl den neurologischen als auch den psychischen Aspekt der Encephalopathie heraus; dieses psychische Defektsyndrom, das er für sehr typisch hält, ist charakterisiert durch die erhebliche reaktive Störbarkeit und emotionale Labilität der Patienten. Dieses gilt als bezeichnende Symptomatik bei einer normalen und gesunden "Anlage", die durch eine hirnorganische Krankheit zerstört wird.

2.5.2. Cerebrale und motorische Dysfunktionen

ASPERGER (196o) beschreibt als häufige Begleiterscheinung der Oligophrenie die cerebralen Krampfanfälle - die jedoch auch unabhängig davon auftreten können - diese gehen mit anfallsweise auftretender Bewußtseinsstörung einher und sind durch abnorme motorische Phänomene charakterisiert; sie basieren auf einer gestörten Funktion der cerebralen Ganglienzellen, der elektrophysiologisch abnorme, synchrone verlaufende Entladungen der Ganglienzellgruppe zu Grunde liegen.

Ferner können rein motorische Dysfunktionen auftreten, die sich in einfachen Tics, sehr selten in Parkinsonismus oder häufiger in Sprachstörungen, wie Dysarthrie oder Anarthrie syllabaris manifestieren. (ASPERGER, 196o).

Die Sprache, die nach GÖLLNITZ (1954) eine motorische Funktion ist, die durch affektiv gesteuerte intrapsychische Impulse unt er sensorischen Reizen der Außen- und Innenwelt zustande kommt und deren Entwicklung aus dem harmonischen Gleichgewicht zwischen dem kindlichen Sprachantrieb und der Sprachlenkung durch die Umwelt geschieht, ist beim oligophrenen Kind gestört, wel eben dieses Gleichgewicht gestört ist.

2.5.3. Vegetative Dysregulation

Diese von ASPERGER (1960) geschilderten Dysregulationen vegetativer Art treten bei cerebralen Defekten im Bereich des 2. Ventrikels auf und äußern sich im Wesentlichen in allgemeiner Hypersalivation, auf deren Grundlage auch der sogenannte encephalitische Blick basiert, Gingivahypertrophien, Hirsutismus und trophische Störungen, ferner Überstreckbarkeiten der Gelenke, sowie Schlafstörungen, bei denen es häufiger zur sogenannten Schlafumkehr führen kann.

2.5.4. Motorische Retardierung

Auf Grund einer mangelnden Bewegungsbegabung und auf Grund des allgemeinen schlechten Bewegungsinstinktes ist bei den oligophrenen Kindern ein verspätetes Sitzen, Stehen und Gehen, die bereits erwähnten Sprachretardierungen und später ein grobes, plumpes und umständliches Anfassen der Spielsachen zu verzeichnen, was sich auch bis ins Erwachsenenalter fortsetzt und sich in unpraktischem Vorgehen bei Haushalts- oder bei anderen Berufsarbeiten präsentiert. LUTZ (1968) grenzt diese mangelnde Begabung zur Bewegung vom motorischen Infantilismus

ab, dieser zeige sich bereits im ersten Lebensjahr deutlich an den persistierenden Kleinkinderreflexen- und -bewegungen, sie werden aber im Gegensatz zur mangelnden Bewegungsbegabung meist im Laufe der Jahre überwunden. Es zeigt sich, daß die Bewegungen der Oligophrenen schwerfälliger und den gesunden gegenüber verlangsamt sind, bei häufig schlaffer oder steif-verkrampfter Körperhaltung, die mimischen Gesichtsbewegungen sind eingeschränkt und werden von dysmetrischen und dysdynamischen Gebärden begleitet.

Allgemein läßt sich sagen, daß an die Stelle der permanenten und adäquat spielenden Beweglichkeit der Mimik, Gebärde und Haltung beim enechetrischen Schwachsinnigen eine ausgeprägte Bewegungsarmut tritt, mit Leere und Stumpfheit auf mimisch pantomimischen Gebiet, denn es fehlt ihm die harmonische Einheit des Ausdrucks wobei auch ein Abstimmen der einzelnen Bewegungen zueinander entweder mangelhaft oder überhaupt nicht gelingt und so kommt es zu überschießenden oder gar automatischen Abläufen, zu Grimassieren, Faxen, Körperverdrehungen, zu Bewegungsstereotypien und rhytmischen Wackel- und Zappelbewegungen.

Im Gegensatz zu diesen erwähnten enechetischen Patienten seien noch die erethischen erwähnt, die sich durch eine ausserordentlich starke motorische Entwicklung auszeichnen, die durch die Dysharmonie all ihrer Bewegungen zum einen auffallen, zum anderen durch ihre permanente Unruhe und äußerste Lautstärke.

2.6. Psychische Folgezustände der Encephalopathie

2.6.1. Intelligenzstörungen

Die Genkstörungen des Schwachsinnigen zeichnen sich dadurch

aus, daß die Denkfunktionen einfach auf ein mehr oder weniger verkleinertes Maß herabgesetzt sind - je nach dem Grad der Debilität. Diese Tatsache benutzt BASH (1955) als Ausgangspunkt für seine Folgerung, daß ein Oligophrener weniger Vorstellungen auf einmal im Bewußtsein behalten und verarbeiten kann als ein Gesunder und so gehen Verallgemeinerungen, Überblick und Kombinationen dem Debilen mehr oder weniger, dem Imbezillen weitgehend oder völlig ab, denn die Grundlagen seiner Begriffsbildung sind dürftig und veranlassen gern zu Fehlurteilen.

LUTZ (1968) betrachtet dieses Problem ganz ähnlich; er sieht das Charakteristikum aller Schwachsinnigen in einer Verlangsamung der Gesamtentwicklung, die geistige, körperliche und damit auch die denkerische Entwicklung tritt mit starker Verzögerung ein und bleibt auf einem verfrühten Stand stehen, eine Tatsache, die als Ursache für das gesamte "defekte Denken" des Oligophrenen angesehen werden kann.

Sind Sinnesorgane und Nervensysteme intakt, heißt es weiter bei LUTZ (1968), bedeutet dies, daß durch die in ihrer Entwicklung und Ausprägung nicht gestörten Organe die e i n f a c h e Auffassung nicht behindert ist, daß jedoch bei Wahrnehmungen, die intellektuell erfaßt werden, ein geistiges Defektsyndrom bereits in aller Deutlichkeit hervortritt. Von den behinderten Denkfunktionen, die im Kindesalter schon stark ins Gewicht fallen, denn das Kind fragt - wenn überhaupt - nur sehr wenig und bleibt dann sehr lange auf der undifferenzierten Warum-Stufe stehen, werden dann die entscheidenden Störungen in der Schule manifestiert, wenn sie durch Einführung der Realien die Abstraktionsfähigkeit des Kindes zu beanspruchen bedingt.

CONRAD (1947) spricht vom Strukturwandel des hirngeschädigten Kindes, weil "eigenartige Prozeßfaktoren" die gesamte

Persönlichkeit fundieren und die Persönlichkeitsstruktur organisieren. WEWETZER (1959) führt diesen Gedanken fort, indem er konstatiert, daß ein hirngeschädigtes Kind eine Sachen ganz gleich welcher Art, nicht schlechter macht als ein hirngesundes, es macht seine Sache einfach anders, da bei ihm eine andere Zentrierung vorliegt; demzufolge muß das hirngeschädigte Kind nicht erfolgloser sein, zumal sich Experimente denken und konstruieren lassen, in denen es theoretisch möglich ist, daß ein hirngeschädigter Proband besser abschneiden könnte als ein gesunder.

2.6.2. Verhaltensstörungen

Nach GÖLLNITZ (1954) charakterisiert den Oligophrenen Labilität der Stimmungen, der Affekte, der gesamten Triebstruktur und des Willens, sowie eine allgemein stark erhöhte Reizbarkeit; hinzukommen ausgeprägte Mängel an Ausdauer, starke Ermüdbarkeit und schnelles Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit, was insgesamt den starken Leistungsabfall eines Schwachsinnigen bedingt. Dieses wird in starkem Maße auch durch die äußerst herabgesetzte Widerstandskraft gegen Unlustempfindungen und unmotiviertes, abruptes Abwenden der Aufmerksamkeit in symptomatologischer Weise geprägt. So wie viele der Verhaltensweisen eines Schwachsinnigen Störungen aufweisen, so ist auch sein Triebleben schweren Veränderungen ausgesetzt, so daß sowohl die vitalen Triebe, wie etwa Nahrungs- und Sexualtrieb gestört sind, als auch die seelisch-geistigen, wie Wahrheits-, Gerechtigkeits-, Schönheits- und Arbeitstrieb. Dabei reicht die Skala des gestörten Triebelebens von Überentwicklungen und Überwucherungen der Triebe bis Unterentwicklungen bzw. Darniederliegen oder Fehlentwicklungen derselben.

Mit diesem Grundschema will GÖLLNITZ (1954) die überaus große Vielfalt der geistigen Fehlhaltungen bei Kindern zu verdeutlichen versuchen.

ASPERGER (1960) spricht beim Oligophrenen von einer "Desintegriertheit der Persönlichkeit", weil ihm die Übereinanderschaltung zweier Instanzen fehlt, des Triebimpulses einerseits, der Überlegung und Hemmung andererseits, wodurch es zu Kurzschlüssigkeiten des Handelns kommt und zu Enthemmungen des Handlungsimpulses, was dann ein blitzschnelles, unvorhergesehenes Handeln mit sich bringt; ein Handeln, das auf dem kürzesten neuralen Weg verläuft, also nicht die verstandesgemäße cerebrale Kontrolle durchläuft, und was auch durch kein pädagogisches Mittel zu verhindern ist. Dieses Handeln läuft mit einer absoluten Geschicklichkeit und Treffsicherheit ab, wie sie triebhaften Geschehen nun einmal zu eigen ist; und mit genau derselben Treffsicherheit spüren die Kranken mit absoluter Sicherheit, was im Augenblick das allerunangenehmste für die Umwelt ist, so haben sie im Handumdrehen Dinge zerstört und vernichtet, die von gröter Wichtigkeit für Eltern, Erzieher oder andere Betreuer waren - ein Zustandsbild, das ASPERGER (1960) Encephalitische Bosheit nennt.

Der Kranke, der seinen Triebimpulsen des Augenblicks hoffnungslos ausgeliefert ist, sieht Verbote, kennt auch ihre Bedeutung und Begründung, aber er kann nicht nach ihnen handeln, da er ihnen freien Lauf läßt. In diesem Zusammenhang sei auch die Sexualität genannt, die als Prototyp des Triebhaften gilt und somit auch beim Encephalopathen ihre Bedeutung hat, denn bei seinem unmotivierten und unkontrollierten und nicht lenkbaren Triebleben kann es zu hemmungsloser Masturbation kommen, zur Freude am Exhibitionieren und auch zu sexuellen Aggressionen gegen Personen des anderen Geschlechts. Symptome dieser Art müssen jedoch in jedem Fall differentialdiagnotisch gegen eine akute Neuro-

pathie abgegrenzt werden. (ASPERGER, 1960).

Nicht nur bei den"moralisch defekten" Schwachsinnigen sondern auch bei den sonst gutmütigen kann es nach BLEULER (1959) wegen einer mangelhaften Wertung der Dinge aus oftmals geringfügigem und banalem Anlaß zu Mord, Brandstiftung oder sexuellen Attentaten kommen, wenn Unüberlegtheit und Unverständnis für eine Situation plötzlich den Trieb zu Gewalthandlungen wecken. Debile fühlen sich leicht in einer unhaltbaren Lage und können dann krankhafte Triebverbrechen begehen, die manchmal noch von wahnhaften Vorstellungen und hysterischen Reaktionen überlagert werden.

Verhaltensbeobachtungen am Kleinkind habenLEMPP (1969) zu der Erkenntnis gebracht, daß hirngeschädigte Kinder neuen Personen und Situationen vielfach vertrauensvoller gegenüberstehen als gesunde Kinder, denn sie haben keine Hemmungen und keinen "Initialstupor", wie KRETSCHMER (zit. nach LEMPP, 1969) dieses Symptom bezeichnet hat. Selbstverständlich kann auch einmal das Gegenteil der Fall sein, daß die Kinder überempfindlich sind und zu Angst und Panikstimmung neigen. Wegen der geringen Differenzierungsmöglichkeiten des Gehirns fehlen dem oligophrenen Kind die Fähigkeiten, den kritischen Abstand zu wahren.

2.6.3. Krankheits- und Verletzungsgefahr

Da die Anfälligkeit des hirngeschädigten Kindes für Infektionskrankheiten besonders stark ist und als erworbene Disposition zu werten ist, werden banale Infekte meist mit erheblich schwereren Krankheitssymptomen beantwortet sind, als sie es bei nicht hingeschädigten Kindern sind, das gleiche gilt auch für andere Krankheiten, die meist atypisch und auch we-

sentlich heftiger und dramatischer verlaufen. Infolge ihrer Unachtsamkeit und Unbelehrbarkeit sind schwachsinnige Kinder verstärkt den Gefahren von Vergiftungen und anderen Verletzungen ausgesetzt, da Neugier, Kritikschwäche und die Unfähigkeit, eine Gefahr zu erkennen, sie veranlassen, herumstehende Substanzen auszuprobieren und zu kosten. Motorische Ungeschicklichkeit, eventuelle Lähmungen oder Bewegungsstörungen sowie Vertrauensseligkeit und allgemeine Leichtgläubigkeit erschweren weiterhin die Situation und erhöhen das Maß der Gefahren um ein Vielfaches (GROSSMANN und SCHMITZ, 1966).

2.7. Die Situation des oligophrenen Kindes in der Umwelt

Die Enzephalopathie beeinflußt das Verhalten und den Charakter des kranken Kindes, weil beides Ausdruck einer allgemeinen psychischen Schädigung ist. Durch das Sich-anstrengen-Müssen neben dem intelligenten Kind wird das kranke neidisch, verbittert und streberisch, was sich beim ausgesprochen Debilen noch insofern verschlimmert, da neben den Anstrengungen noch der geringere Erfolg augenfällig wird. Machen sich die anderen dann noch über den Kranken lustig und bringen ihm Angriffe entgegen, derer er sich nicht erwehren kann und denen er auch nicht gewachsen ist, wird der Charakter des Kindes weiterhin äußerst ungünstig beeinflußt. (STERN,1953)

Da Schicksale und Entwicklungen der Kinder weitestgehend von den Eltern und von der Familie ihr Gepräge bekommen, denn sie stellen langezeit ihre unmittelbare Umwelt dar, analysiert BENDA (1960) kurz die beiden Extremmöglichkeiten elterlicher Verhaltensweisen ihrem oligophrenen Kind gegenüber.

In durchschnittlichen oder etwa höher stehenden Familienkreisen, so äußert BENDA, ist zeitweilig die Gefahr gegeben,

daß die Kinder zurückgestoßen werden, vernachlässigt und verachtet, was dann kindlicherseits zum Anstau von Minderwertigkeitskomplexen führt, die sich dann in unnatürlicher sexueller Betätigung oder anderen Vergehen entladen können.

Wird dagegen das Kind mit zuviel Liebe bedacht,wird es sehr schnell überheblich und lernt in kürzester Zeit, seine Situation auszunutzen und wird zum Tyrannen seiner Umgebung.

Anders hingegen ist die Problematik bei Eltern, die ihrerseits leicht debil sind; in dieser Umgebung wird die geistige Minderbegabung nicht evident werden, jedoch sind die häuslichen Verhältnisse dann meist sehr dürftig und es fehlt die mütterliche Zuwendung, was dann letztlich auch zu pathologischen Persönlichkeitsentwicklungen führt. (BENDA, 1960).

Zur Korrelation zwischen Umwelt und Entwicklung der kindlichen Psyche sei noch ein Beispiel von BRACKEN (1969) angeführt. Er hat beschrieben, daß Kinder, die in den ersten Lebensjahren erheblich retardiert waren, dann aber in eine optimale Umgebung kamen und eine warme emotionelle Beziehung zu einem spezifischen Eltern-Ersatz bekamen, im Schulalter annähernd normale Intelligenz erreichten. Das gleiche gilt für den umgekehrten Fall. Wenn also Kinder das Leben als normal intelligente begonnen hatten, dann aber vernachlässigt wurden und keine emotionale Beziehung zu einem Erwachsenen hatten, der sie liebte und für sie sorgte, war ein permanenter Intelligenzrückgang, der sogar irreversibel wurde, zu verzeichnen.

2.6. Untersuchung und Diagnosestellung

Nach LUTZ (1968) ist das Charakteristikum aller Schwachsinnigen eine Verlangsamung der Gesamtentwicklung; daher bedarf es bei der Untersuchung zun ächst einer ausführlichen Anam-

nese, bei der der Schwerpunkt auf einer genauen Erforschung einer möglichen Entwicklungshemmung liegt. So ist es wichtig, vom Geburtsverlauf über Eß- und Trinkgewohnheiten, die Zeitpunkte des Zahnens, Laufens und Sprechens, sowie der einsetzenden Sauberkeit bis zu den Einzelheiten aus dem Spiel- und Alltagsdasein des Kindes zu erfragen, denn nur durch einen Gesamteindruck von der Person in ihrer Umwelt kann eine gesicherte Diagnose gestellt werden.

Wichtig ist es weiterhin, die Bewegungskoordination, die allgemeine Motorik und die Entwicklung der Blasen und Mastdarmfunktion zu beobachten. (HANSELMANN, 1958).

HOMBURGER (1923) hat in diesem Zusammenhang Mängel des Bewegungsablaufes, speziell beim Gehen, mit Infantilismus, also mit dem Stehengebliebensein auf einer frühkindlichen Stufe, in Zusammenhang gebracht. Zur Anamnese kommt dann eine genaue Untersuchung des Kindes unter besonderer Berücksichtigung der neurologischen Aspekte, die im weiteren Verlauf durch Untersuchungen des Schädels, Elektroencephalogrammableitungen, Isotopendiagnostik und Kontrastmitteluntersuchungen ergänzt und vervollkommnet wird, um so die makroskopisch sichtbaren Veränderungen erfassen zu können. (HANSELMANN, 1958).

Im Anschluß daran wird man sich mit dem sogenannten psychologischen Status auseinanderzusetzen haben. Dabei wird man zunächst einmal im Gespräch herauszufinden versuchen, auf welchem Stand seiner geistigen Entwicklung es sich befindet. BUHMKE (1924) weist für diesen Fall darauf hin, daß es wichtig ist, wie ungemein klein der Besitzstand an Kenntnissen bei vielen gesunden ist.

Um fachgerechtere und vor allem objektivierbare Ergebnisse über die geistige Entwicklung eines Kindes ein Urteil abgeben zu können, wird man mittels psychologischer Testverfahren eine exakte Begutachtung anfertigen und unter anderem den

Intelliganzquotienten (IQ) bestimmen.

Erst auf Grund einer so genauen Untersuchung und vor allem auf Grund einer detaillierten Erforschung des geistigen Zustandsbildes eines Patienten kann der Daignostiker feststellen, ob beispielsweise ein Schwachsinn vorliegt.

Nach HOMBURGER (1922) kann man erst dann von einer pathologischen Persönlichkeit in Bezug auf eine Oligophrenie sprechen, wenn sie im Einzelnen zwar beeinflußbare, im Ganzen jedoch endgültige Entwicklungsbeschränkungen aufweist, die seit frühester Kindheit bestehen, die ein ganzes Leben lang nachzuweisen sind und die das Erreichen eines normalen Zieles der Persönlichkeitsentwicklung vereiteln. Nach diesen Voraussetzungen hält HOMBURGER (1922) die Erstellung einer endgültigen Diagnose erst im einundzwanzigsten Lebensjahr des Patienten für möglich, bei Kindern jedoch und Jugendlichen, bei denen durch Schädelmißbildungen oder Mongolismus der Schwachsinn nahezu auf der Hand liegt, kann man diese Diagnose bereits zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr stellen, was heute jedoch durch die überaus großen Fortschritte in der Testkonstruktion durchaus früher berechtigt diagnostiziert werden kann.

Alle die erwähnten Symptome des Schwachsinns und der Retardierung müssen differentialdiagnostisch gegen die Pseudodebilität abgegrenzt werden; dabei handelt es sich um ein Erscheinungsbild, bei dem eine normale intellektuelle Entwicklung veranlagt ist, der Patient dennoch nicht fähig ist, die gleichen Leistungsfähigkeiten zu bieten wie seine Altersgenossen, weil chronische Erkrankungen, körperliche oder psychische Störungen vorliegen, die also die Entfaltung eines normalen Leistungsniveaus vereiteln. (HUFFMANN, 1968).

2.9. Therapie

Hier seien zunächst die pädiatrischen Maßnahmen erwähnt, mit

Hilfe derer eventuell vorliegende Sinnesschäden sowie andere Störungen und Erkrankungen therapeutisch angegangen werden können. BICKEL (1965) weist weiterhin auf die internistische Behandlung hin, die beispielsweise auf medikamentöser Basis bei verschiedenen Stoffwechselerkrankungen Besserung verschaffen kann. GÖLLNITZ (1954) beschreibt eine gezielte motorische Therapie zur Kräftigung des Halte- und Stützapparates, die in entsprechenden Fällen eine Steigerung der Feinmotorik, der allgemeinen Willkürmotorik und der Geschicklichkeit mit sich bringt. Eine effektive Therapie im Sinne einer Intelligenzsteigerung über die durch den Hirnschaden gesetzten Grenzen hinaus gibt es jedoch nicht, da die eigentliche Intelligenz oder der ererbte Schwachsinn, der nach GÖLLNITZ (1954) als Variation der Verstandesbegabung zu werten ist, sich als nicht beeinflußbar erweist. Es kann stets nur versucht werden, eine Verbesserung der Gesamtsituation bei adäquater Wahl der therapeutischen Mittel zu erzielen.

Die Methode der Wahl, also die am meisten Erfolg versprechende Art der Behandlung oligophrener Kinder ist Sonder- und Heilpädagogik, mit deren Hilfe die Schwachsinnigen in Heimen, Sonderschulen, Kindertagesstätten und anderen Erziehungseinrichtungen von geschulten Pädagogen und Fürsorgern betreut, beschäftigt und so weit es eben geht, ausgebildet werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre mit diesen relativ neuen Verfahren haben gezeigt, daß bei plan- und regelmäßiger Beschäftigung und Bildung der Patienten oftmals eine vollständige Änderung zu konstruktiven und positiv wertbaren Formen des Daseins hin zu registrieren war, verständlich, einmal durch die subjektive Verbesserung ihrer Lage, denn man kümmert sich jetzt um sie, zum anderen durch das Gefühl, gebraucht zu werden, vielleicht sogar etwas Produktives tun zu können und durch die Vermittlung des Nicht-

anders-Seins als die Anderen, die Gesunden.

Auch der leichtgradige Schwachsinnige sollte nach HOMBURGER (1923) diskret aus der Distanz überwacht werden, damit ihm nichts Unrechtes geschieht und damit er nicht von seiner Umwelt ausgenutzt und geschädigt wird, weil man dem Kranken eine gute Beziehung zur Umwelt erhalten soll und er auch viel von der Welt kennenlernen und in seinem "empfindungsbegleitenden Wissen" in sein Gedächtnis aufnehmen soll, denn nur so kann man ihm helfen, sich eine, wenn auch nur kleine Individualentfaltung zu verschaffen. (HOMBURGER,1922).

Die Heilpadagogik in Zusammenarbeit mit orthopädischen Behandlungen, Operationen und prothetischen Versorgungsmaßnahmen bietet heute eine Fülle von Methoden, mit Hilfe derer den Behinderten das Leben erleichtert werden kann, so gelingt es, dem tauben Kind eine Sprache beizubringen, den Körperbehinderten zu lehren, die verlorenen oder gestörten "Werkzeuge" durch geistige Behrrschung zu ersetzen und die Oligophrenen soweit zu führen, daß sie einfachen und einfachsten Mitteln doch in der Welt bestenen können.

Für die Heilpädagogik benötigt man einmal den Arzt zum Ergründen und möglichen Heilen, den Pädagogen zur genau angepaßten Menschenführung und die Eltern des betreffenden Kindes zur Schaffung und Erhaltung einer warmen menschlichen Beziehung und nur so durch Zusammenarbeit dieser kann einem Schwachsinnigen wirklich geholfen werden, das Beste für ihn zu erreichen, wobei sich dann letztlich gar nicht selten überdurchschnittliche Möglichkeiten und Fähigkeiten zeigen. (ASPERGER, 1960). Von BRACKEN (1969) betont ebenfalls die überaus große Wichtigkeit einer Zusammenarbeit zwischen den sonderpädagogischen Erziehern, den Eltern und den Sozialpädagogen, was allein gute Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie bietet.

2.1c. Prophylaxe

Nach BUHM (1924) und STUTTE (196o) besteht die einzig sinnvolle Prophylaxe gegen Erbschwachsinn in genetischer Beratung, die ein Heiratsverbot Debiler zum Ziel haben sollte; krankhafte Triefbhafte müssen interniert werden.

Bereits HANSELMANN (1958) sowie PAUL (197o) fordern eine Frühmusterung aller Kinder im vierten Lebensjahr, also etwa bei Eintritt in den Kindergarten, um die auf Schwachsinn verdächtigen und andere auffällige Kinder rechtzeitig unt er Beobachtung zu nehmen und eine eventuell falsche Erziehung verhindern zu können. Weiterhin forderter die Schaffung von Sonderkindergärten und eine gezielte Jugendfürsorge, die sich auch um die Eltern und Familie kümmert, wenn ein Erbschwachsinn in Frage kommt.

HUFFMANN (1968) fordert in ganz ähnlicher Weise eine Früherfassung der körperlich und geistig Behinderten, eine Schaffung weiterer Spezialstationen für die Frühbehandlung, möglichst lückenlose Sonderbeschulung, den Aufbau weiterer Zentren mit Spezialwerkstätten zur beruflichen Eingliederung und eine ganze allgemeine Intensivierung der Prophylaxe frühkindlichen Hirnschadens. Zu diesem Zweck kann nur eine intensive Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachkreisen Medizin, Pädagogik, Psychologie, Fürsorge, Physiotherapie, Handwerk und Industrie eine Basis schaffen, auf der diese Aufgaben annähernd zur Zufriedenheit gelöst werden können. Si ist beispielsweise das Sozialministerium Rheinland-Pfalz dabei, in Mainz ein Zentrum zur Frühdiagnostik und Frühbehandlung behinderter und mehrfach geschädigter Kinder einzurichten. In enger Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachdisziplinen der Universitätskliniken von Mainz soll hier insbesondere eine Ursachenforschung der Behinderung be-

trieben werden, die Einleitung einer Frühbehandlung und die Erstellung eines Gesamtplanes für die Eingliederung. Mit der Verwirklichung des Planes ist bereits im Verlauf des Jahres 197o begonnen worden.

Auf der Basis eines Forschungsauftrages des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (Bonn - Bad Godesberg) ist in München die Aktion "Sonnenschein" e.V. unter der Leitung von HELLBRÜGGE errichtet worden, die sich mit der Früherkennung, Behandlung und Elternberatung mehrfach behinderter Kinder befaßt. Ähnliche Pläne bestehen auch in anderen Ländern, so daß damit zu rechnen ist, daß sich in den nächsten Jahren zunehmend qualifizierte Möglichkeiten für die medizinische Rehabilitation mehrfach behinderter Kinder und Jugendlicher entwickeln werden.

Diese beiden von PAUL (197o) beschriebenen Beispiele sollen als Hinweis auf alle anderen Einrichtungen dieser Art dienen, die praktisch erst in den letzten Jahren entstanden sind; sie sollen zeigen, daß man seitens der Regierungen bemüht ist, Rehabilisation der Behinderten und Oligophrenen in großem Rahmen zu betreiben, sie zeigen aber auch, daß diese Tendenz als ein Novum unserer Zeit noch in den Anfängen begriffen ist, die eines weiteren Ausbaus dringend bedarf.

2.11. Schulbildung

Zum Thema der Schulbildung sollen zunächst einige Grundbegriffe erläutert werden. Nach JUSSEN (1967) liegt Hilfsschulbedürftigkeit bei einem Kind vor, wenn es im Rahmen einer Schule zwar bildungsfähig ist, aber wegen geistiger Minderbegabung oder konstitutioneller Leistungsschwäche den Anforderungen der Volksschule nicht oder nicht mit dem genü-

genden Erfolg zu folgen vermag; Hilfsschulfähigkeit ist gegeben, wenn mit gutem Erfolg eine Hilfsschule besucht werden kann, hingegen kann ein Kind zwar aus intellektueller Sicht hilfsschulfähig sein, aber auf Grund von etwaigen gesellschaftsstörenden Verhaltensweisen oder auf Grund von Unansprechbarkeit in größerer Gemeinschaft als nicht hilfsschulfähig gelten.

Von einem noch bildungsfähigen und praktisch bildbaren Kind spricht man, wenn es durch heilpädagogische Betreuung zu ausreichender sozialer Anpassung und sinnvoller manueller Tätigkeit gebracht werden kann, von nicht bildungsfähigen Patienten spricht man dagegen, wenn sie diese Voraussetzungen für einfachste heilpädagogische Bildungs- und Erziehungsarbeit nicht haben und nur mehr einfache Alltagsbeschäftigung ausgeübt werden kann.

In einer Sonderschule für Lernbehinderte werden die Kinder zunächst zur Leistungsbereitschaft und zur Gemeinschaftsfähigkeit gebracht, wobei gleichzeitig eine Grundlage für alle Fächer wie Lesen, Schreiben und Rechnen geschaffen wird. Diese Sonderschule verschafft mit ihren zur Verfügung stehenden neun Schuljahren den Kindern einen Bildungsstand, der, wenn sie alle diese neun Jahre absolviert haben, vergleichbar ist mit einem Wissensstand der sechsten oder siebenten Hauptschulklasse. Werden die Sonderschüler frühzeitig aufgenommen und absolvieren die ganze Unter-, Mittel- und Oberstufe, bewähren sie sich anschließend in Gesellschaft und Beruf erstaunlich gut. Je nach Intelligenzstand des Jugendlichen kann ihm nach seiner Entlassung aus der Sonderschule ein einfacher Anlernberuf oder eine ungelernte Tätigkeit verschafft werden, an einigen Berufsschulen sind beispielsweise besondere Klassen für ehemalige Sonderschüler eingerichtet.

Gegenwärtig besucht in der Bundesrepublik noch ein beträchtlich großer Teil lernbehinderter Kinder die Grund- bzw. Hauptschule, da einfach zahlenmäßig zu wenig Sonderschulen existie-

ren und da psychologische Schwierigkeiten, wie etwa ein vermeindlicher Prestigeverlust und das Absinken der Berufschancen die Überweisung eines Kindes in die allein geeignete Sonderschule verzögert oder gar verhindert. Dann werden die Jugendlichen ohne vollen Schulabschluß aus der fünften bis siebenten Klasse entlassen und der Leistungsstand dieser inadäquat beschulten Lernbehinderten liegt stets tiefer als bei den Absolventen der Sonderschule. Auch hat sich gezeigt, daß die Bewährung der Lernbehinderten mit abgebrochener, unvollständiger Schullaufbahn in Beruf, Gesellschaft und Privatleben auf Grund ihrer charakterlichen Fehlentwicklung zufolge eines neunjährigen Schulversagens, wesentlich weniger gut gelingt.

Neben diesen Schulen für Lernbehinderte gibt es die Einrichtung von Kinderhorten und Schulen, die für die schwerer intellektuell gestörten Kinder, also die geistig Behinderten sind, in denen also nicht mehr Lesen und Schreiben gelehrt werden kann, sondern unter Ausnutzung der Bildbarkeit eigener Art, Sprache, Selbständigkeit, Körperbeherrschung, Arbeitsfähigkeit, Sinnesschulung, einschließlich Symbolverständnis und Verhaltenskontrolle mit dem Zwecke einer Verbesserung des Sozialverhaltens geschult wird.

Ausgebildete Sonderschullehrer, heilpädagogisch vorgebildete Jugendleiterinnen und Kindergärtnerinnen, sowie eventuell Heilgymnastinnen und Beschäftigungstherapeuten sind als Leiter und Erzieher in diesen ganztägig geführten Sonderschulen tätig, die organisatorisch und inhaltlich ihre endgültige Form und Konzeption als jüngste Schule noch vervollkommnen muß, die jedoch ihre Berechtigung durch ihre guten Erfolge bereits voll unter Beweis gestellt hat. (WEGENER, 1959)

Neben diesen ausführlich geschilderten zwei Schuletypen gibt es weiterhin noch Anstaltsschulen, die für anstaltsbedürftige Schwachsinnige, die in öffentlichen Schulen nicht bildbar sind, vorgesehen, sowie Heimschulen für milieugefährdete und verwahrlosungsbedrohte Kinder und Jugendliche normaler Intelligenz, ferner Sonderschulen und Anstalten für Gehörlose, Schwerhörige, Sprachgestörte, für Blinde, Sehbehinderte und Taube und Schulen für Körperbehinderte im engeren Sinne. (JUSSEN, 1967).

2.12. Berufsfindung

Nach SPINDLER (1959) sei es nicht schwierig, einen Leistungs- und Wesensdefekt bei einem Kind auf Grund langjähriger Erfahrungen zu diagnostizieren, aber, wer habe schon etwa von der Diagnose "Postencephalitisches Zustandsbild mit starkem Erethismus" oder "Mongoloide Idiotie mit mechanischer Lernfähigkeit", besonders von denen, die mit dem Kind leben oder es in Sonderschulen unterrichten oder in Heimen fördern ! Viel entscheidender sei es doch, eine Störung im Einzelfall so genau wie möglich zu erfassen und an Hand eines ausführlichen Befundes einen brauchbaren heilpädagogischen Rat zu erteilen, denn das sei es ja, worauf Eltern, Erzieher und Kindergärtnerinen warten ! Diesen Rat kann aber nur der geben, der das Kind genau untersucht hat und das Milieu kennt, in dem das Kind lebt, denn ein hirngeschädigtes Kind ist mehr als ein klinischer Fall !

Erst nach Analyse des körperlichen und psychischen Befundes von Fachärzten und Psychologen können Berufsberater, Pädagogen, Fürsorger und Werkstättenleiter eine einigermaßen fundierte und gesicherte Berufsprognose erstellen, und je genauer die Behingerungen bekannt sind, desto zielsicher er kann die Berufsberatung erfolgen. Auf Grund sol-

cher Bemühungen ist es bis heute gelungen, bei etwa der Hälfte aller bei uns lebenden Oligophrenen eine Erwerbsfähigkeit zu erreichen.

Die jeweilige berufliche Eingliederung ist jedoch nur dann möglich, wenn Rücksichten auf die betreffenden individuellen Behinderungen genommen werden können, wobei körperliche Mängel und psychische Faktoren eine überaus große Rolle spielen, sowie Intelligenzniveau und allgemeines Arbeitsverhalten. Zu diesem Zwecke bedient sich die Berufsfindung der Aufstellung von Intelligenzprofidarstellungen, die isolierte Defekte und Sonderbegabungen verifizieren können, wobei sich darstellen läßt, ob ein Patient zu verbalen und praktischen Intelligenzleistungen fähig ist oder ob er mehr eine theoretisch ausgerichtete oder aber handwerkliche Berufsrichtung einschlagen soll. (HUFFMANN, 1968).

2.13. Schlußbetrachtung zur Oligophrenie

Die große Bedeutung dieser Problematik sei abschließend durch zwei Zitate unterstrichen:

"Das hirngeschädigte Kind ist heute innerhalb unserer Gegesellschaft nicht mehr das lebensunwerte und mit dem Stempel der Hoffnungslosigkeit behaftete Lebewesen, sondern es hat sich gerade durch die großen Fortschritte in der Ursachenforschung der letzten Jahre eine weitgehend geänderte Position geschaffen, in der seine Störung nicht mehr als ein auf der Familie lastender Fluch oder als Folge der Vätersünden angesehen, sondern als Krankheit im strengsten Sinne des Wortes gewertet wird, als Schicksalsschlag, den letzten Endes jede Familie und jedes Kind treffen kann." (RETT, 1960).

"Wir müssen alles tun, um auch die Menschen, die an geistigen Störungen und Schwächen leiden, an den Errungenschaften unserer Gesellschaft teilhaben zu lassen."(KENNEDY, zit. nach KUNITSCH, 1969).

3. ALLGEMEINES ÜBER TESTVERFAHREN

3.1. Definition des Tests

Nach WARREN (1934) handelt es sich bei einem Test um eine Routineuntersuchung für Individuen, die zu ein und derselben Gruppe gehören, um deren relative Position innerhalb der Gruppe hinsichtlich einer oder mehrerer psychischer Eigenschaften, motorischer Fähigkeiten u.s.w. zu bestimmen, oder um die eine Gruppe mit einer zweiten bezüglich dieser Charakteristika zu vergleichen.

Ziel der psychologischen Testuntersuchungen soll nach WEWETZER (1959) zum einen die differenzierte Aufhellung der psychischen Struktur als Ergänzung der neurologischen und klinischen Diagnose sein, zum anderen ermöglichen sie die psychologische Diagnostik, die etwa einen klinisch nicht bestätigbaren Hirnschaden dadurch zu erhellen versucht, daß sie auf Untersuchungsergebnisse hinweisen kann, welche die nötigen Charakteristika der einen oder anderen Gruppe mit sich bringen; letztlich sollen die Testverfahren zur Entdeckung auffälliger Kinder beitragen, um eine fundierte Handhabe zur Einleitung einer klinischen Untersuchung zu erlangen.

BRENGELMANN (1960) unterscheidet drei Methodengruppen der Tests, wobei die erste Gruppe psychiatrisch-psychoanalytische Theorien und Interpretationen der Testergebnisse mittels entsprechender Terminologien umfasst, die auf ein grosses Gebiet der Persönlichkeit bezogen und in ihrer Konstruktion intuitiv anstatt empirisch sind; die zweite Gruppe hingegen enthält die empirisch entwickelten Tests, deren Validität und Normen im Vorexperiment mit einer psychologischen Terminologie entwickelt wurden; die dritte Gruppe der Testmethoden beinhaltet psychologisch orientierte, experimentelle

Miniatursituationen, die auf einzelne Fälle zugeschnitten sind.

Tests dienen also der Erforschung der geistigen Entwicklung, der Charakter- und Persönlichkeitswerte sowie der Aufhellung eventueller Abwegigkeiten des Charakters. (BRENGELMANN, 1960).

SCHLACK (1961) unterscheidet Intelligenztests, die zur Objektivierung der Verstandesleistung und -fähigkeit geschaffen sind,von Persönlichkeitstests, welche die persönliche Gesamtentwicklung, die Affektivität, die soziale Einordnung und die allgemeine Verhaltensweise zu erfassen imstande sind.

Voraussetzung für die Brauchbarkeit und Interpretierbarkeit eines Tests ist, daß dieser für das untersuchte Individuum kennzeichnend und somit reproduzierbar ist, ob also, und wenn ja, inwieweit ein einmaliges Testverhalten generalisierbar ist in Bezug auf das Verhalten in diesem Test bei anderen Gelegenheiten oder bei parallelen Itemstichproben. Fragen dieser Art führen zum Begriff und zur Problematik der Reliabilität. Per definitionem ist die Reliabilität aufzufassen als die Genauigkeit, mit der ein Test mißt und was er faktisch mißt, unabhängig davon, was dieses genau ist. Sie betrifft also nur den Grad der formalen Genauigkeit von Testwerten ohne Berücksichtigung der Tatsache, ob bzw. inwieweit die Testwerte tatsächlich Rückschlüsse auf das diagnostisch Intendierte zulassen. Letzteres führt bereits in den Problemenkreis der Validität, die auch als Gültigkeit, Treffsicherheit oder diagnostische Valenz bezeichnet wird. Validität wird häufig definiert als der Grad der Genauigkeit, mit welchem ein Test mißt, was er messen soll; sie umschreibt die psychodiagnostischen Schlußfolgerungen, die numerische Resultate eines Tests zulassen und

welchen Grad an Sicherheit solche Schlußfolgerungen aufweisen. (MICHEL, 1964).

Validität stellt jedoch nicht die generelle Eigenschaft eines Tests dar, sondern wird stets auf die Anwendung eines Tests, auf eine bestimmte Population bezogen und an bestimmte Bedingungen geknüpft.

Eine weitere Voraussetzung für die Brauchbarkeit und Gültigkeit eines Tests ist seine Eichung, die eine Erprobung an einer genügend großen Anzahl von Probanden impliziert und so die Ermittlung von Durchschnittswerten und Streuungen ermöglicht. DORSCH-GIESE, 1952).

3.2. Die wichtigsten Intelligenz- und Persönlichkeitstests

Aus der Vielzahl psychologischer Testverfahren seien hier nur einige wenige aufgeführt, lediglich die wichtigsten Intelligenz- und Persönlichkeitstests. Nach SCHLACK (1961) gehört zum wesentlichen Bestand der Intelligenztests einmal der Hamburg-Wechseler-Intelligenztest (HAWI), der mit seiner Einteilung in einen Handlungs- und einen Verbalteil einmal ein Maß für die Allgemeinintelligenz darstellt, andererseits aber auch die besondere Ausprägung spezifischer individueller Faktoren feststellen läßt; er liegt in zwei Ausführungen vor, in der für Kinder (HAWIK) und der für Erwachsene (HAWIE).

Weiterhin sei der Binet-Simon-Test genannt, der auf altersbedingten Fragestellungen beruhr, ferner der Bühler-Hetzer-Test, nach dem die Intelligenzbeurteilung auf Grund einer kombinierten Bewertung von Motorik und Äußerungen erfolgt, sowie der RAVEN und die Columbia Mental Matury Scale (CMMS), beides Tests, die auf dem Prinzip der geistigen Erfassung,

Kombinationsgabe und em Zuordnungsvermögen des Probanden beruhen, wobei CMMS nur für Kinder geschaffen ist, der RAVEN hingegen in zwei Formen vorliegt, in einer Fassung für Kinder und einer Erwachsenenausgabe.

Grundlage der Persönlichkeitstests sind folgende Verfahren: Der Rohrschach-Test mit einer subjektiven Deutung sogenannter klecksographischer Figuren, der Szeno-Test, bei dem mittels Figuren und Gegenständen des täglichen Lebens vom Probanden Szenen konstruiert werden sollen, deren Gemütsinhalt Rückschlüsse auf dessen psychische Verfassung erlauben, der Wartegg-Test, der die Wesentsart der VP durch assoziative Vervollständigung einer aus sehr unvollkommenen Strichen und Punkten bestehenden, ihm vorgelegten Zeichnung verifizieren soll; letzlich sei noch der Thematic Apperceptionstest (TAT) nach Murray genannt, wobei der Proband eine Reihe von Bildern vorgelegt bekommt, mit der Auflage, zu jedem Bild eine Geschichte zu erzählen.

3.3. Testsituation

Testuntersuchungen, sowie alle klinischen Untersuchungen und Behandlungsverfahren unterliegen stets den Einflüssgen des situativen und sozialen Kontextes, daher ist es verständlich, daß es nicht allein gilt, die Person zu erfassen, sondern immer die "Person im Kontext", wie SCHRAML (197o) das nennt. Somit wird die Situation beim Test zum entscheidenden Problem der Persönlichkeitspsychologie und die vollständige Beschreibung, systematische Ordnung und instrumentalle Erfassung der Situation wird zur notwendigen Voraussetzung der klinischen Testanwendungen. (SPITZNAGEL, 1967).

Da nach SCHRAML (197o) die Einstellung des Patienten zur

Testuntersuchung fast immer mit positiven und negativen Erwartungen von unterschiedlichem Mischungsverhältnis verbunden ist und da die wichtigste Orientierungsmöglichkeit für den Probanden der Versuchsleiter ist, wird es verständlich, daß das persönliche Verhalten des Testleiters - ist er freundlich oder kühl, abweisend oder neutral, geduldig oder eilig und hitzig - zu bemerkenswerten Unterschieden in den Durchschnittswerten der Testergebnisse führen kann. Ebenso wichtig wie das Verhalten des Versuchsleiters ist jedoch auch der persönliche Einsatz der Versuchsperson, ihr Wille, mitzuarbeiten, ihre Konzentration, ihr Engagement, einfach die sogenannte Ich-Beteiligung, so daß man sagen kann, daß der Konnex zwischen Versuchsleiter und Patient maßgeblich ist für den Testverlauf und für die Objektivierbarkeit der Testergebnisse.

Auf die besondere Situation, die sich beim Testen von Oligophrenen bietet, weist HOMBURGER (1922) im Folgenden hin: Die Auffindung einer Lösung in einem Testverfahren geschieht beispielsweise bei einem schwachsinnigen Kind mit anderen Mitteln als bei einem Gesunden, diese Lösungen sind dann zwar miteinander vergleichbar, die Wege dazu jedoch nicht; somit wäre es unrichtig, zu sagen, daß ein geistig behinderter Zwölfjähriger mit einem A von 6 einem normalen Kind von sechs Jahren vergleichbar sei, denn in den zwölf Jahren seines oligophrenen Daseins haben sich seine Funktionen und Fähigkeiten nicht nur langsamer entwickelt, sondern einfach anders; seine schulischen Leistungen sind dann zwar die eines normalen Sechsjährigen, aber der weitere Vergleich wird in seiner Unrichtigkeit und Unmöglichkeit sofort evident, wollte man behaupten, ein normaler Sechsjähriger sei in seinen intellektuellen Fähigkeiten einem zwölfjährigen Imbezillen vergleichbar.

Diese Andersartigkeit der Schwachen muß man sich stets vor Augen halten, wenn man Testergebnisse oligophrener Kinder mit denen Gesunder vergleichen will und versucht ist, lediglich den negativen Befund zu konstatieren, der zwangsläufig aus den viel größeren Lern- und Wissenslücken dieser schwachen Kinder resultiert.

4. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

4.1. Fragestellung

Unsere Aufgabe war es, diese neue Testbatterie TBGB, die eine differenzierte Prüfung von Sprache, Intelligenz, Merkfähigkeit und Motorik gestattet, einzusetzen, Erfahrungen mit ihrem Umgang zu sammeln und ihre Zweckmäßigkeit zu erforschen, denn sie ist für unser deutschsprachiges Gebiet ein Novum für die genaue Erfassung des Ausmaßes geistiger Defektzustände.

4.2. Methodik

Zum Zwecke der Erprobung von TGBG wurde die Testbatterie vom Oktober 1969 bis Mai 1970 an 51 oligophrenen Kindern im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren angewandt.

4.2.1. Beschreibung der Tests

Die vorliegende Testbatterie ist speziell für das geistig behinderte Kind von Gunter SCHMIDT, Gerd LÜER und Dietrich EGGERT in den Jahren 1963 bis 1968 geschaffen worden. Sie stellt eine Zusammenfassung von Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungstest dar, die objektive und zuverlässige Angaben über die Ausprägung verschiedener Chrakteristika gestattet, sie soll ein Mittel sein, das dem Diagnostiker Aufschluß über die Stärken und Schwächen der Kinder zu geben im Stande ist.

Die Schaffung dieser Testbatterie ist besonders wichtig, weil die bisherigen Testverfahren nur bei geistig normal entwickelten Kindern eine ausreichende Differenzierungsmöglichkeit gestattete.

TGBG besteht aus sechs Einzelverfahren, die auch unter Auslösung aus dem Zusammenhang angewandt werden können, so wie einem ergänzenden Fragebogen zur Erfassung der sozialen Reife des Kindes, auf welchen im Verlauf dieser Arbeit bedauerlicherweise kein Gewicht gelegt werden konnte, da uns der Zugang zu den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten unserer getesteten Kinder, von welchen der Bogen hätte ausgefüllt werden müssen, in den meisten Fällen nicht möglich war.

Die Zusammenstellung der sechs Untertests ist während zahlreicher Voruntersuchungen aus einer Auswahl von zunächst einundfünfzig Testverfahren entstanden, die später auf neunundzwanzig, fünfzehn und elf reduziert wurden und 1965 mit den Arbeiten zur endgültigen Standardisierung auf sechs beschränkt blieben und dann 1969 nach Untersuchungen von ca, eintausendzweihundert geistig behinderten Kindern zwischen sieben und zwälf Jahren an zweiundvierzig verschiedenen Orten der Bundesrepublik endgültig abgeschlossen waren.

Die Bestandteile der Testbatterie:

Bei den erwähnten sechs Untertests handelt es sich um folgende Zusammenstellung:

CMM (Columbia Mental Matury Scale) dient der allgemeinen Intelligenzprüfung, BM + CM (Bunte und progressive Matrizen) dient ebenfalls zur Prüfung der Intelligenz, PPVT (Peabody Picture Vocabulary Test) ist das Verfahren zur Wortschatzerfassung, KP (Kreise punktieren) dient der feinmotorischen Beurteilung, BA (Befolgen von Anweisungen) ist der Test zur Bestimmunge der Merkfähigkeit und LOS (Hamburger Version der Lincoln Oseretzky Motor Development Scale) soll zu einer Aussage über die allgemeine Motorikentwicklung des Probanden befähigen.

Darstellung der einzelnen Untertests:

CMM

Dieser Intelligenz- und Entwicklungstest wurde von BURGEMEISTER, BLUM & LORGE (1954, 1957) entwickelt und ist in seiner ursprünglichen Fassung für drei bis zwölfjährige normale Kinder gedacht und wurde unverändert von den Autoren für TBGB übernommen.

Es handelt sich um eine Zusammenstellung von 1oo Tafeln mit mehreren auf einer Tafel dargestellten Objekten wie geometrische Figuren und Pflanzen oder Symbolen für Menschen und Tiere. Die Versuchsperson (VP) soll nun auf jeder Tafel dasjenige Symbol herausfinden, das sich nicht in einen logischen Zusammenhang mit den anderen bringen läßt. Verbale Äußerungen seitens der VP sind dazu nicht erforderlich; die gargestellten Objekte sind kindgerecht gestaltet und nach Schwierigkeitsgraden gestaffelt; die einzelnen Aufgaben erfassen Denkfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit und logisch-schlußfolgerndes Denken.

Dieser Test, der auf einem Generalfaktor der allgemeinen Intelligenz beruht, erlaubt eine genaue Voraussage des allgemeinen Leistungsniveaus des untersuchten Kindes als Grundschätzung für die anderen Testwerte.

BM + CM

Mit diesem Test kann die Entwicklung von Relationen zwischen abstrakten Formen erfaßt werden, er dient als Instrument zur Prüfung der "allgemeinen Intelligenz". Ausfälle in diesem Test können u.a. auch Indikatoren für hirnorganisch bedingte Leistungsbeeinträchtigung wegen allgemeiner Gestaltsschwäche sein. Dieser Test (coloured Matrices) wurde erstmals 1947 veröffentlicht und liegt in mehreren Versionen vor, Er besteht aus 1o von den Autoren konstruierten Matrizen (1 -) und dem RAVEN-Test (Coloured Progressive Matrices). Die Matrizen bestehen aus 1o Itrms, wovon jedes auf einem DIN A 4-Blatt mit einem unvollständigen Muster gedruckt ist und 6 Plättchen (Mehrfachwahlen), von denen eines das Muster ergänzt. Der RAVEN-Test basiert auf dem gleichen Prinzip, besteht aus 36 Items und wurde hierzu vom Original übernommen. Aufgabe des Kindes ist es nun, das Plättchen herauszufinden, welches das Muster ergänzt. Dabei variiert das Prinzip der Auswahl: Anfangs (Item I und II) ist die Form der Mehrfachwahlen konstant, doe Farbe variiert. Dann muß der Proband ein fehlendes Farbstück im Muster ersetzen. Bei den Items III, IV und V ist die Farbe konstant, die Form variiert, das Kind muß eine fehlende Form im Muster ergänzen. Die Items VI bis X variieren in Form und Farbe der Mehrfachwahlen.

PPVT

Dieser Test prüft in erster Linie den Wortschatz, ohne dabei eigentlich die Fähigkeit zur Wortbildung vorauszusetzen. Die Originalform des Test umfaßt 15o Aufgaben, von denen die

Aufgaben 31 - 1oo ausgewählt wurden. Es handelt sich um Bildvorlagen, die von DUNN (1959) unverändert übernommen wurden und einer Liste von Reizworten, die übersetzt wurden. Die Items bestehen aus jeweils 4 Bildern, das Kind muß dann das vom Versuchsleiter benannte Bild zeigen.

BA

Dieser Test soll Merkfähigkeit, Motivation und Mitarbeitsbereitschaft des Probanden untersuchen. Er ist in Anlehnung an den Untertest "Following Directions" des "The Cultural Fair Intelligence Test" von CATTELL Scale 1 konstruiert worden. BA umfaßt mehr (insgesamt 2o) und einfachere Items als der genannte Test.

Von CASTELLs Items wurde übernommen:

1 Puppenkoffer mit Deckel
1 Puppe
1 Stoffbär
1 Plastikauto

Das Kind erhält vom VL einfache Anweisungen, die es erfüllen muß.

KP

Dieser Test ist in der Literatur unter dem Namen "Dotting" gut bekannt. Die hier vorliegende Form ist von den Autoren speziell für die Untersuchung geistig behinderter Kinder geschaffen worden. Das Kind muß innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (6o Sec) möglichst viele Kreise mit einem Bleistift punktieren. Erfaßt wird mit diesem Test Feinmotorik und feinmotorische Koordination. Die Anzahl der in der Zeiteinheit punktierten Kreise kann auch einen Hinweis auf das persönliche Tempo des Untersuchten geben.

LOS

Diese Skala zur Erfassung des motorischen Entwicklungsstandes geht auf eine von OSERETZKY (1925, 1931) entworfene Untersuchung zurück. Mit z.T. aus neurologischen Prüfungen übernommenen Aufgaben soll eine Messung der motorischen Begabung bzw. Befähigung erreicht werden, die etwas über den motorischen Entwicklungsstand aussagen und auch über die Entwicklung einzelner Bewegungskomponenten. Die vorliegende Hamburger Version der LOS stützt sich auf eine 1955 erfolgte Revision der Skala durch SLOAN (1955).

Die Auswertung der Tests geschieht bei jedem Einzeltest durch einfache Addition der richtig gelösten Aufgaben; diese Anzahl ergibt den Rohwert. Zu jedem dieser Rohwerte kann in den zu jedem Test gehörigen Tabellen bei der jeweiligen Geschlechts- und Altersgruppe ein sog. Standard-T-Wert aufgesucht werden. Dieser T-Wert ermöglicht dann den Vergleich der Leistungen aus verschiedenen Altersstufen.

In einem Testprofilblatt können diese T-Werte graphisch dargestellt werden. Ein Blick auf den Verlauf der so entstandenen Kurve genügt, um festzustellen, in welchem Gebiet - Motorik, Merkfähigkeit, Wortschatz oder Intelligenz - der Patient die besten Fähigkeiten aufweist.

4.2.2. Reliabilität und Validität der TBGB

Nach der Darstellung von EVERT (1970) wurden in Aufgabenanalysen aller Alters- und Geschlechtsgruppen für geistig behinderte sowie Hilfsschulkinder mittlere Stabilitäts- und Konsistenzkoeffizienten(nach FISHERS'Z) berechnet, die erstaunlich hoch ausfielen; nach der Methode von SPEARMAN-BROWN wur-

den Halbierungskoeffizienten und nach KUDER-RICHARDSON 8 wurden unter Einbeziehung von Schwierigkeits- und Trennschärfenindices die Zuverlässigkeiten des Tests berechnet; sowohl die Einzelreliabilität als auch die mittlere Reliabilität der Testbatterie sind als sehr hoch anzusehen und sprechen für eine ausgezeichnete Messgenauigkeit auf dem subnormalen Intelligenzniveau. Die nach SPEARMAN-BROWN korrigierten Stabilitäten liegen für die Einzeltests zwischen r_{tt} 0, 88 und r_{tt} 0, 98. Die Testestabilitäten nach 14 Tagen zwischen r_{tt} 0, 83 und r_{tt} 0, 96, nach 4 Wochen zwischen r_{tt} 0, 81 und r_{tt} 0, 96 (N = 31).

Bereits die ersten Voruntersuchungen vor der Zusammenstellung der endgültigen Testbatterie ließen in einer Interkorrelationsmatrix von einundfünfzig verschiedenen Testverfahren bei geistig behinderten Kindern in zwei verschiedenen Faktorenanalysen einen sehr starken Hauptfaktor evident werden, der 72% bzw. 76% der ingesamt aufgetretenen Varianzen ausmacht. Dieser damals überraschende Befund ließ annehmen, daß auf den ersten Blick sehr unterschiedlich erscheinende psychologische Testverfahren im Wesentlichen nur auf wenige Dimensionen zurückzuführen sind, woraus sich die Erkenntnis gewinnen läßt, daß zu einer relativ sicheren Diagnose des Grades und der Struktur der geistigen Behinderung es nur einer zahlenmäßig recht geringen Anzahl von Testverfahren bedarf.

Im weiteren Verlauf der Arbeiten an der Testbatterie zeigte sich bei der continuierlichen Verrechnung neuer Stichproben, daß die Uniformität der Faktorenstruktur im Wesentlichen erhalten blieb.

Nach Abschluß der Standardisierungsarbeiten wurden die Faktorenanalysen für die verschiedenen Alters- und Geschlechtsgruppen getrennt berechnet; die mittleren Interkorrelationen lagen zu einem großen Teil unter den für alle Altersgruppen gemeinsam errechneten Koeffizienten. Eine Differenzierung der Faktorenstruktur mit dem Alter ließ sich nicht manifestieren.

Die Korrelation der RGBG mit anderen Tests ergibt folgendes Bild:

An geistig behinderten Kindern der oberen Leistungsklasse wurden Korrelationen mit dem HAWIK bestimmt (N = 30), wobei sich zwischen dem Handlungs-Intelligenzquotienten des HAWIK und 1. dem Test Bunte und Progressive Matrizen eine Korrelation von 0, 50 und 2. dem Test CMM eine Korrelation von 0, 37 finden ließ.

Bei einer großen Anzahl von lernbehinderten Sonderschülern fanden sich Korrelationen 1. von 0, 49 zwischen dem Gesamt-Intelligenzquotienten des HAWIK und dem Test Bunte und Progressive Matrizen und 2. von 0, 40 zwischen dem HAWIK-Gesamt IQ und der CMMS.

Weitere Untersuchungen dieser Art erbrachten stets die gleichen Korrelationen. Daraus ergibt sich eine gerechtfertigte Annahme, daß ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen diesem Test und dem Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder (HAWIK) besteht. Auch diese Tests erfassen die Intelligenz; sie besitzen dem HAWIK gegenüber jedoch den Vorteil, daß sie dieses Persönlichkeitsmerkmal bei geistig behinderten Kindern erheblich präziser zu erfassen im Stande ist und eine bessere Differenzierung erlaubt.

4.2.3. Beschreibung der Stichproben

Von den einundfünfzig unserer getesteten Kinder befanden sich dreiundzwanzig in stationärer Behandlung der kinderpsychiatrischen Abteilung der Universitätsnervenklinik Homburg; sie waren meist wegen Verhaltensstörungen, Enuresis und Encopresis eingewiesen worden oder aber es handelte sich um Kinder mit cerebralen Anfallsleiden, die beispielsweise zur Einstellung auf ein neues Analepticum oder zu anderen neurologischen oder psychiatrischen Untersuchungen gekommen waren.

Drei der Kinder waren aus einer Tagesstätte der Lebenshilfe Homburg und fünfundzwanzig weitere Kinder befanden sich zum Zeitpunkt unserer Testuntersuchungen im Palottiheim in Neunkirchen, wobei es sich um eine Sonderschule G handelt.

Alle Kinder waren im Alter von sieben bis zwölf Jahren und wiesen einen IQ von gleich oder kleiner als siebzig auf. Über die Ätiologie der Oligophrenie war anamnestisch vielfach nichts Detailliertes zu erfahren. Nach Information der Krankenblätter und Schulkartei hatten 6o% der Kinder eine Oligophrenie mit unklarer Ätiologie, bei den restlichen 4o% ließen sich folgende Ursachen verzeichnen: Geburtstrauma bei 12%, Encephalitis bei 4%, Meningitis bei 4%, Milieuschaden bei 4%, Hydrocephalus bis 2%, Mongolismus bei 2%, Frühgeburt bei 2%, geistiger Abbauprozeß bei 2%, Erkrankung der Mutter während der Gravidität 2%, frühkindlicher Hirnschaden bei 6%. 16% der Kinder hatten zusätzlich cerebrale Krampfanfälle.

Es wurden neun Mädchen und zweiundfünfzig Jungen getestet; diese ungleiche Zusammensetzung kam deswegeb zustande, weil die von uns besuchte Sonderschule nur für Jungen war.

Die Kinder, die im Palottiheim getestet wurden, hatten alle einen IQ zwischen fünfzig und siebzig, sie waren also gut hilfsschulfähig, man kann sie mit debil bezeichnen. Die Kinder der Lebenshilfe muß man zu den Imbezillen rechnen, da ihr IQ nicht mehr als fünfundvierzig betrug, sie waren also nicht mehr schulfähig. Die Kinder aus der stationären Behandlung waren überwiegend debil, einige imbezill.

4.2.4. Beschreibung der Datengewinnung

Als Vorbedingung zum Testbeginn gibt es verschiedene Gesichtspunkte zu beachten. Wichtig ist z.B., daß das zu untersuchende Kind optimal motiviert ist, um das Testergebnis möglichst nicht zu verfälschen. Seelische Bedrückung, Angst, Schmerzen oder allgemeiner Kummer verschlechtern Konzentration und Leistungsfähigkeit so, daß die Testergebnisse nicht dem wirklichen Intelligenz- und Leistungsstand entsprechen, sondern wesentlich schlechter ausfallen.

Weiterhin ist zu beachten, daß ein guter Kontakt zwischen Proband und Versuchsleiter hergestellt wird und daß das Kind mit dem Untersuchungsraum vertraut gemacht wird.

Daher haben wir vor allen Untersuchungen mit jedem Kind erst gespielt, haben es erzählen lassen und haben ihm Zeit gegeben, sich an uns zu gewöhnen und Zutrauen zu uns zu finden. Scheiterte diese Kontaktaufnahme aus irgendeinem Grund oder waren die Kinder verstört, so haben wir das Testen stets verlegt.

Die gesamten Unterlagen für die Testbatterie und die Bogen zur Auswertung der Testergebnisse sind in einem Koffer untergebracht, was sich als sehr praktisch erwiesen hat; man hat stets das gesamte Material geordnet zur Hand und kann es mühe-

los transportieren.

Als Untersuchungsraum haben wir ein ruhiges kleines Zimmer gewählt, dessen Mibiliar nach Möglichkeit nur auf die Wesentlichen, zum Testen notwendigen Gegenstände beschränkt war, wie zum Beispiel ein Tisch, zwei Stühle und ein großer Tisch zur Ablage der Testmaterialien.

Zum Testen waren wir stets mit dem jeweilig zu untersuchenden Kind allein im Raum. Die Testdauer betrug in aller Regel eineinhalb bis zwei Stunden. Außer den in der Anweisung vorgeschriebenen großen Pausen wählten wir zwischendurch kleine Unterbrechungen zwecks Ablenkung und Entspannung, je nach Verfassung und Konzentrationsvermögen des Kindes.

Wir testeten stets nach folgendem Schema:
CMM, BM + CM, kleine Pause, PPVT, große Pause, BA, KP, Pause, LOG. Die gesamte Testbatterie wurde bei jedem Kind komplett angewandt und ohne größere zeitliche Unterbrechungen ausgeführt.

5. ERGEBNISSE

Die Testergebnisse werden in den folgenden Tabellen veranschaulicht. Dazu haben wir unsere Testpersonen als Vp 1 b is Vp51 bezeichnet, haben sie altersmäßig geordnet und behandeln also zunächst alle Ergebnisse der Siebenjährigen, dann alle der Achtjährigen, usw. Die Tabellen sind so angeordnet, daß als erstes die schlechtesten Werte aufgetragen sind, daß also zunächst die niedrigsten Rohwerte (RW) erscheinen und am Ende der Tabellen die besten Wertungen und somit die höchsten Rohwerte.

Daneben werden die Standardwerte (T-Werte) augeführt, die zu dem jeweiligen RW einer Tabelle entnommen wurden. Wir möchten nochmals darauf hinweisen, daß die T-Werte standardisierte Werte darstellen und somit alle absolut vergleichbar sind.

Beim CMM haben wir zusätzlich die Zahl des Items aufgeführt, bei welchem der Test abgebrochen werden mußte; laut Vorschrift war dies der Fall, wenn der Proband acht von zehn gestellten Aufgaben falsch gelöst hatte.

BM + CM haben wir eingeteilt in Teil I und II; Teil I umfaßt dabei nur die Wertung der von den Autoren der Testbatterie entwickelten Vorschulung, also Item 1 bis 1c, Teil II ist der original RAVEN-Test. Zusätzlich haben wir in den Tabellen vermerkt, welche Kinder diesen RAVEN-TEST bereits aus anderen Untersuchungen kannten. In diesen Fällen haben wir den Test jedoch trotzdem durchgeführt, weil meist keine Ergebnisse der vormaligen Untersuchungen zur Verfügung standen.

In der letzten Spalte erfolgt ein Vergleich der Ergebnisse beider Intelligenztests mit Hilfe der Standard-T-Werte.

Den Wortschatztest haben wir ebenfalls über die T-Werte mit den Durchschnittswerten aus den beiden Ergebnissen der Intelligenztests verglichen.

In der Tabelle, welche die Rohwerte und T-Werte aus der allgemeinen Motorikprüfung enthält, haben wir die Ergebnisse aus der Prüfung der Feinmotorik aufgezeichnet.

5.1. Testergebnisse der Siebenjährigen

Die vier getesteten siebenjährigen Kinder haben wir als Vp 1 bis 4 bezeichnet, dabei sind Vp 1, 3 und 4 Mädchen, Vp 2 ist ein Junge.

CMM

Vp	RW	TW	Testabbruch
Vp 1	39	54	49
Vp 2	4o	53	43
Vp 3	6o	64	65
Vp 4	6o	64	74

BM + CM

Vp	RAV. bek.	RW Teil I	RW Teil II	TW	Vergl. TW aus CMM
Vp 3	-	1o	13	61	64
Vp 4	-	1o	15	64	64
Vp 2	-	1o	16	61	53
Vp 1	-	1o	18	69	54

PPVT

Vp	RW	TW	Ø'TW aus CMM & BM + CM
Vp 2	47	49	48
Vp 1	5o	64	62
Vp 3	52	65	63
Vp 4	53	66	64

B A

Vp	RW	TW	Ø TW d.Int.
Vp 1	16	65	62
Vp 2	16	63	48
Vp 4	16	65	64
Vp 3	18	69	63

K P

Vp	RW	TW
Vp 2	39	52
Vp 3	53	6o
Vp 4	58	63
Vp 1	8o	7o

L O S

Vp	RW	TW	Vergleichs TW von Feinmot.
Vp 2	1o	56	52
Vp 1	12	61	73
Vp 4	13	63	63
Vp 3	18	73	6o

5.2. Testergebnisse der 8 jährigen Probanden

Hierbei handelt es sich um die Versuchspersonen Vp 5 - 9. Alle fünf getesteten 8-Jährigen sind Jungen.

CMM

Vp	RW	TW	Testabbruch bei Item
Vp 9	33	44	43
Vp 6	35	45	5o
Vp 7	54	56	65
Vp 5	57	58	86
Vp 8	58	59	79

B M + C M

Vp	RAV bek.	RW I	RW II	ges. RW	TW	Vergl.Wert v. CMM
Vp 9	-	7	1o	17	49	44
Vp 5	-	7	11	18	51	58
Vp 6	-	9	12	21	55	45
Vp 7	+	1o	18	28	61	56
Vp 8	+	1o	24	34	72	59

PP V T

Vp	RW	TW	Ø Tw d.Intell.
Vp 7	23	33	59
Vp 5	31	42	55
Vp 6	33	44	5o
Vp 9	39	49	47
Vp 8	41	51	65

B A

Vp	RW	TW	Ø TW d.Int.
Vp 5	1	31	55
Vp 7	2	31	59
Vp 6	14	34	5o
V p9	17	61	47
Vp 8	19	65	65

KP

Vp	RW	TW
Vp 6	14	34
Vp 5	2o	37
Vp 8	38	45
Vp 9	48	5o
Vp 7	61	53

L O S

Vp	RW	TW	Vergl. TW aus Feinmot.
Vp 9	7	46	5o
Vp 8	8	48	45
Vp 6	12	53	34
Vp 5	14	56	37
Vp 7	18	59	53

5.3. Testergebnisse der 9-jährigen Probanden

Es handelt sich um die Versuchspersonen Vp 1o - 26. Von den 17 getesteten Neunjährigen sind Vp 1o, 11 und 12 Mädchen, alle anderen sind Jungen.

C M M

Vp	RW	TW	Testabbruch
Vp 13	34	41	52
Vp 24	42	49	56
Vp 12	46	52	58
Vp 23	46	51	69
Vp 18	47	49	54
Vp 11	48	53	62
Vp 16	49	5o	69
Vp 25	49	5o	46
Vp 17	52	55	72
Vp 2o	53	52	9o
Vp 15	54	53	68
Vp 26	57	55	72
Vp 14	58	55	74
Vp 22	59	56	89
Vp 1o	63	57	78
Vp 21	66	6o	84
Vp 19	67	61	89

B M + CM

Vp	RAV bek.	RW I	RW II	ges. RW	TW	Vergl.TW von CMM
Vp 13	-	5	11	16	43	41
Vp 11	-	8	9	17	48	53
Vp 18	+	1o	8	18	45	49
Vp 23	+	1o	12	22	5o	51
Vp 15	-	7	14	21	49	53
Vp 12	+	1o	11	21	53	52
Vp 14	-	1o	12	22	5o	55
Vp 16	-	1o	14	24	53	5o
Vp 22	+	1o	15	25	54	56
Vp 25	+	1o	15	25	54	5o
Vp 1o	-	1o	15	25	58	56
Vp 26	-	1o	15	25	54	57
Vp 19	+	1o	17	27	56	61
Vp 2o	+	1o	17	27	56	52
Vp 17	-	1o	17	27	56	55
Vp 21	+	1o	2o	3o	6o	6o
Vp 24	+	9	21	3o	6o	49

P P V T

Vp	RW	TW	Ø TW Intell.
Vp 12	39	5o	52
Vp 43	45	5o	42
Vp 25	45	5o	52
Vp 11	49	58	51
Vp 23	5o	55	5o
Vp 18	51	56	47
Vp 21	52	57	6o
Vp 19	52	57	58
Vp 22	52	57	55
Vp 26	53	57	55
Vp 17	54	58	55
Vp 24	55	58	55
Vp 1o	56	64	57

P P V T (Forts.)

Vp	RW	TW	Ø TW Intell.
Vp 16	56	6o	52
Vp 2o	57	61	54
Vp 14	59	62	52
Vp 15	64	67	51

B A

Vp	RW	TW	Ø TW Intell.
Vp 12	6	39	52
Vp 13	8	41	42
Vp 11	12	55	51
Vp 16	15	55	52
Vp 23	17	59	5o
Vp 14	18	61	52
Vp 15	18	61	51
Vp 17	18	61	55
Vp 18	18	61	47
Vp 24	18	61	55
Vp 25	18	61	52
Vp 21	19	63	6o
Vp 1o	2o	65	54
Vp 19	2o	65	58
Vp 2o	2o	65	54
Vp 22	2o	65	55
Vp 26	2o	65	55

K P

Vp	RW	TW
Vp 17	2o	36
Vp 2o	27	39
Vp 1o	3o	41
Vp 22	32	4o
Vp 11	33	43
Vp 23	35	42
Vp 24	46	46
Vp 15	49	48
Vp 14	49	48
Vp 18	5o	48
Vp 16	52	48
Vp 19	56	5o
Vp 26	58	5o
Vp 13	58	5o
Vp 12	6o	53
Vp 21	6o	51
Vp 25	6o	51

L O S

Vp	RW	TW	Vergleichs TW d. Feinmotorik
Vp 12	1o	49	53
Vp 24	13	5o	46
Vp 25	14	51	51
Vp 13	15	52	5o
Vp 18	16	54	48
Vp 17	16	54	36
Vp 23	16	54	42
Vp 14	17	55	48
Vp 19	19	57	5o
Vp 21	19	57	51
Vp 15	2o	58	48

L O S (Forts.)

Vp	RW	TW	Vergleichs TW d.Feinmotorik
Vp 22	21	6o	4o
Vp 2o	21	61	39
Vp 26	22	61	5o
Vp 1o	22	62	41
Vp 16	23	61	48
Vp 11	24	72	43

5.4. Testergebnisse der 1o-jährigen Probanden

Bei den Zehnjährigen handelt es sich um die Versuchspersonen Vp 27 bis 33, alle 7 Kinder sind Jungen.

C M M

Vp	RW	TW	Testabbruch
Vp 28	41	44	59
Vp 27	42	44	6o
Vp 3o	43	45	57
Vp 31	45	46	61
Vp 29	46	47	64
Vp 33	57	53	68
Vp 32	61	56	83

B M + C M

Vp	RAV bek.	RW I	RW II	ges. RW	TW	Ø TW aus CMM
VP 28	-	1o	8	18	45	49
Vp 29	-	1o	1o	2o	48	47
Vp 3o	-	8	13	21	49	45
Vp 27	+	9	15	26	55	44
Vp 32	+	1o	16	26	55	56
Vp 31	-	1o	2o	3o	6o	46
Vp 33	+	1o	2o	3o	6o	53

P P V T

Vp	RW	TW	Ø TW Intell.
Vp 3o	39	43	47
Vp 33	42	45	57
Vp 29	49	52	48
Vp 28	51	54	45
Vp 31	57	6o	61
Vp 27	58	61	49
Vp 32	62	65	56

B A

Vp	RW	TW	Ø TW Intell.
Vp 31	14	53	51
Vp 29	14	53	48
Vp 27	17	59	49
Vp 33	18	61	57
Vp 3o	18	61	47
Vp 32	19	63	56
Vp 28	2o	65	45

K P

Vp	RW	TW
Vp 3o	26	36
Vp 33	37	41
Vp 28	38	41
Vp 27	46	45
Vp 29	46	45
Vp 31	57	5o
Vp 32	77	59

L O S

Vp	RW	TW	Vergleichs TW von Feinmot.
Vp 27	5	39	45
Vp 32	1o	45	59
Vp 29	13	49	45
Vp 3o	15	51	36
Vp 28	1o	58	41
Vp 33	22	6o	41
Vp 31	24	63	5o

5.5. Testergebnisse der 11-jährigen Probanden

Bei den 1o getesteten Elfjährigen handelt es sich um die Versuchspersonen Vp 34 - 43; die Probanden 4o, 42 sind Mädchen, die anderen Jungen.

C M M

Vp	RW	TW	Testabbruch
Vp 43	17	31	33
Vp 42	41	45	56
Vp 41	45	45	6o
Vp 4o	49	49	76
Vp 39	49	48	64
Vp 38	59	53	75
Vp 37	6o	53	85
Vp 36	65	56	81
Vp 35	65	56	9o
Vp 34	67	57	89

B M + C M

Vp	RAV bek.	RW I	RW II	ges. RW	TW	Vergl.TW aus CMM
Vp 43	-	5	3	8	34	31
Vp 41	+	1o	11	21	49	45
Vp 4o	-	1o	11	21	5o	49
Vp 37	+	1o	14	24	51	53
Vp 42	-	1o	15	25	54	45
Vp 36	-	1o	15	25	53	56
Vp 39	+	1o	16	26	54	48
Vp 38	+	1o	16	26	54	53
Vp 35	-	1o	22	32	6o	56
Vp 34	+	1o	27	37	67	57

P P V T

Vp	RW	TW	Ø TW Int.
Vp 34	53	51	62
Vp 37	53	51	52
Vp 43	27	33	33
Vp 4o	43	44	5o
Vp 39	57	47	51
Vp 42	52	56	49
Vp 38	54	52	54
Vp 41	54	52	47
Vp 35	58	55	58
Vp 36	59	55	55

B A

Vp	RW	TW	Ø TW Int.
Vp 43	5	35	33
Vp 42	15	53	49
Vp 38	16	57	62
Vp 4o	17	57	5o

B A (Forts.)

Vp	RW	TW	ø TW Int.
Vp 37	18	61	52
Vp 34	18	61	62
Vp 41	19	63	47
Vp 35	19	63	58
Vp 39	2o	65	51
Vp 36	2o	65	55

K P

Vp	RW	TW
Vp 43	31	38
Vp 36	35	39
Vp 4o	38	43
Vp 37	41	41
Vp 41	54	49
Vp 39	61	49
Vp 34	64	5o
Vp 42	66	5o
Vp 38	86	57
Vp 35	9o	58

L O S

Vp	RW	TW	Vergl. TW von KP
Vp 43	9	44	38
Vp 4o	9	44	43
Vp 41	15	51	49
Vp 39	16	53	49
Vp 42	17	51	5o
Vp 38	17	54	57

L O S (Forts.)

Vp	RW	TW	Vergl. TW von KP
Vp 37	2o	58	41
Vp 36	22	6o	39
Vp 34	24	63	5o
Vp 35	25	64	58

5.6. Testergebnisse der 12-jährigen Probanden Vp 44 -51

Von den getesteten 8 Kindern sind folgende Kinder Mädchen: Vp 44 und 45, alle anderen sind Jungen.

C M M

Vp	RW	TW	Testabbruch
Vp 46	44	44	59
Vp 5o	49	47	6o
Vp 45	51	49	7o
Vp 44	55	5o	68
Vp 48	56	51	79
Vp 51	56	51	77
Vp 47	57	52	79
Vp 49	61	53	92

B M + C M

Vp	RAV bek.	RW I	RW II	ges. RW	TW	Vergl. TW aus CMM
Vp 48	+	8	14	22	47	51
Vp 45	-	9	14	23	5o	49
Vp 49	+	1o	13	23	48	53
Vp 47	-	1o	16	26	52	51
Vp 5o	-	1o	16	26	52	47
Vp 44	-	1o	17	27	55	5o
Vp 46	-	1o	2o	3o	57	44
Vp 51	-	1o	24	34	61	51

P P V T

Vp	RW	TW	Ø TW Int.
Vp 47	36	39	52
Vp 48	48	47	49
Vp 45	55	56	5o
Vp 49	55	52	51
Vp 5o	58	54	5o
Vp 44	58	58	53
Vp 46	6o	55	49
Vp 51	67	6o	56

B A

Vp	RW	TW	Ø TW Int.
Vp 44	1o	43	53
Vp 46	16	55	49
Vp 47	18	59	52
Vp 48	18	59	49
Vp 49	18	59	51
Vp 45	19	6o	5o
Vp 5o	2o	63	5o
Vp 51	2o	63	56

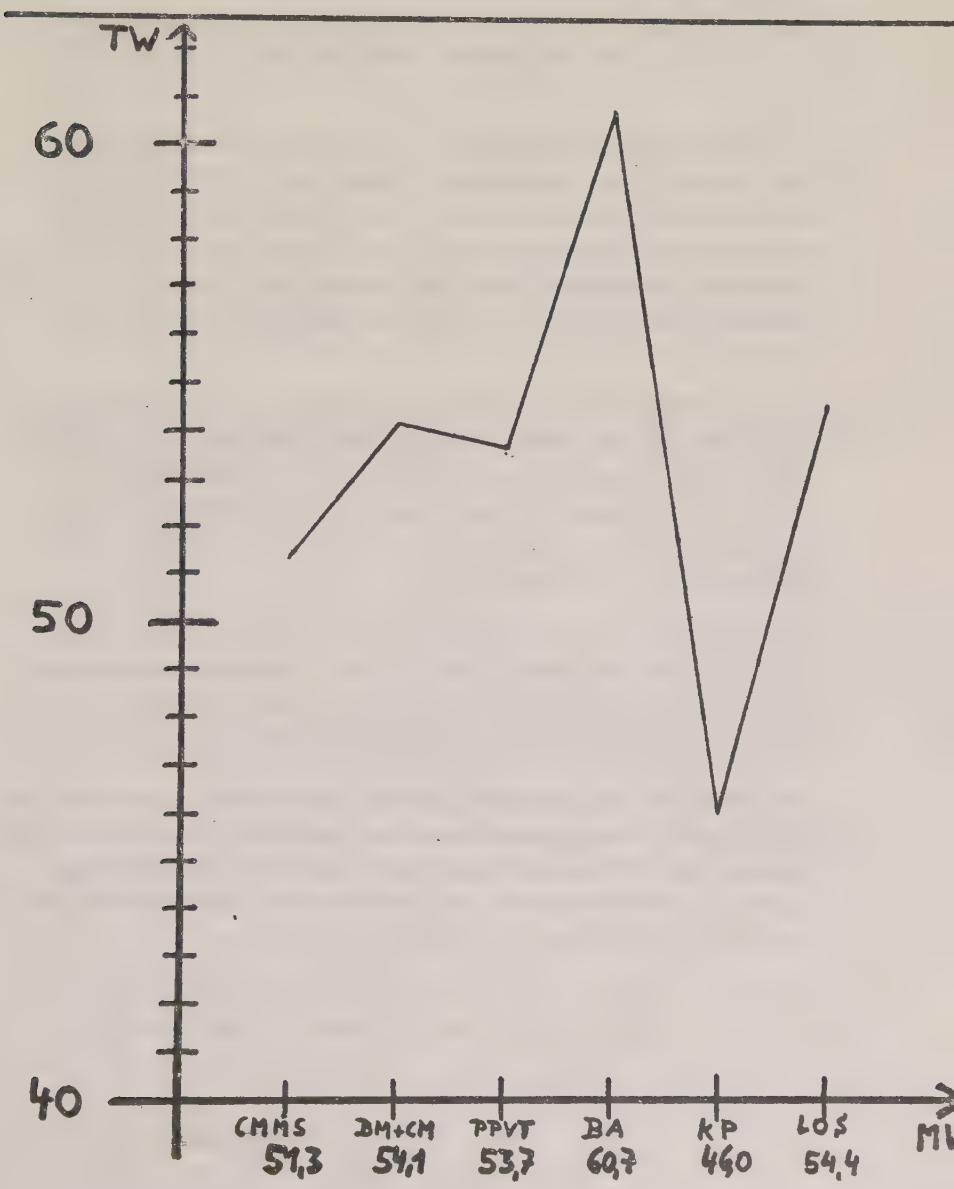
K P

Vp	RW	TW
Vp 48	19	36
Vp 49	32	41
Vp 47	4o	42
Vp 45	4o	42
Vp 5o	45	44
Vp 44	56	45
Vp 51	76	52
Vp 46	1oo	58

L O S

Vp	RW	TW	Vergl. TW von KP
Vp	7	38	36
Vp 44	1o	41	45
Vp 47	15	48	4o
Vp 45	15	47	42
Vp 5o	17	5o	44
Vp 49	18	51	41
Vp 46	2o	53	58
Vp 51	29	64	52

TESTPROFIL: MITTELWERTPROFIL DER SECHS UNTERTESTS VON TRGB



Das abgebildete Testprofil stellt die Mittelwerte der Ergebniss der sechs Untertests von TGBG graphisch dar; die Gewinnung der T-Werte erfolgt durch arythmetrische Mittelung aller T-Werte der einunfünfzig Probanden bezogen auf jrfrn Untertest.

Die Darstellung zeigt, daß die Durchschnitts-T-Werte der beiden Intelligenztests CMM und BM + CM dicht zusammenliegen und nur um einen T-Wert von 2, 8 differieren und daß beide Werte über fünfzig liegen, was ein relativ günstiger Mittelwert der Intelligenz bei Oligophrenen ist. Letzeres gilt auch für die Werte des Wortschatztests (PPVT).

Eine Auffälligkeit bietet die Bilanz der Merkfähigkeitsuntersuchung; sie stellt mit einem T-Wert von über sechzig die absolute Leistungsspitze dar, eine Tatsache, die verwundern mag, wenn also geistig behinderte Kinder gerade auf dem Gebiet der Merkfähigkeit solche enormen Leistungen aufzustellen im Stande sind.

Das Ergebnis aller feinmotorischen Prüfungen ergibt mit einem T-Wert von unter vierzig eine durchaus normale und zu erwartende Bilanz, da hirnorganische geschädigten Kindern hierzu viele Voraussetzungen fehlen.

Der Test der allgemeinen Motorik fällt mit Werten von über fünfzig wiederum etwas günstiger aus, weil hier das Hauptgewicht nicht nur auf manueller Geschicklichkeit liegt, sondern weil eben auch andere motorische Komponenten maßgeblich sind.

6. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

6.1. Zunächst möchten wir die Standard-T-Werte der beiden angewandten Intelligenztests CMM und BM + CM und ihre altersmäßige Verteilung erörtern.

Die unten stehende Tabelle zeigt eine genaue Aufstellung dazu. Es ist darin einmal die Streubreite der T-Werte aufgetragen, die Spanne also, zwischen denen sich die von den verschiedenen Altersgruppen erreichten T-Werte befinden und zum anderen ist aus diesen Werten der jeweilige Durchschnitts-T-Wert mathematisch berechnet und ebenfalls aufgeführt.

Altersgruppe	Streubreite CMM T-Werte	Streubreite BM + CM	Ø T-Wert CMM	Ø T-Wert BM + CM
7 Jährige	54 - 64	61 - 69	58.7	62.5
8 Jährige	44 - 59	49 - 72	53	55,99
9 Jährige	41 - 61	43 - 6o	53	53
1o Jährige	44 - 53	45 - 6o	47	53.4
11 Jährige	31 - 57	34 - 67	5o.6	51,9
12 Jährige	44 - 53	47 - 61	48	52.33

Es fällt auf, daß die Durchschnitts T-Werte vom BM + CM Test bei fast allen Altersgruppen um einen Mittelwert von 3,7 höher liegen als die Vergleichswerte vom CMM Test; lediglich bei den 9 jährigen Probanden sind beide gleich. Als Ursache dafür mag die Tatsache in Betracht gezogen werden, daß insgesamt 4o% der von uns getesteten Kinder den im BM + CM enthaltenen RAVEN Test kannten.

Es fällt weiterhin auf, daß die Gruppe der 7 Jährigen die höchsten T-Werte bekommen hat, daß wir hier also die relativ

intelligentesten Kinder unserer insgesamt 51 Versuchspersonen finden.

Nach der Wertung der Ergebnisse vom CMMS kämen als nächste in der Reihe der besten T-Werte die 8, 9 und dann die 11 jährigen Kinder, als letzte die 12 und 1o jährigen. Nach den Ergebnissen aus dem BM + CM Test sieht die Reihenfolge etwas anders aus. Es kämen hier zunächst die 8, 1o und 9 Jährigen, dann die 12 und schließlich die 11 Jährigen.

6.2. Bei der Betrachtung der Ergebnisse des Wortschatztestes PPVT wollen wir in gleicher Weise verfahren.

Altersgruppe	Streubreite PPVT T-Werte	Ø T-Wert
7 Jährige	59 - 66	64,5
8 Jährige	33 - 51	45
9 Jährige	5o - 67	56.8
1o Jährige	43 - 65	54,4
11 Jährige	31 - 57	51
12 Jährige	33 - 51	53.6

Wieder sind es die siebenjährigen Probanden, die hier die höchste Punktzahl erhalten haben. Die nächstbeste Altersgruppe folgt in einem großen Abstand und ist die der 9 Jährigen, dann kommen die 1o, 12 und 11 Jährigen in der genannten Reihenfolge und als letzte folgen wiederum mit einem grossen Abstand die 8 Jährigen.

Wir machten die Erfahrung, daß 9o% unserer Probanden mit dem Begriff "Chemiker" nichts anzufangen wußten. Fast alle betroffenen zeigten mir einen auf der gleichen Seite abgebildten Schweißer mit einer Gesichtsmaske. 94% der Kinder

zeigten mir zu dem Begriff "Beförderungsmittel", welchem ein Bus zugedacht ist, entweder ein Windrad oder zwei Zahnräder.

8o% der Kinder kannten das Wort "Kajak" nicht, 65% wußten auch nicht, was ein "Iglu" ist. Schwierigkeiten zeigten sich auch oft bei den Begriffen "Pflücken", es wurde, trotz deutlichster Aussprache seitens des Versuchsleiters, vielfach mit "Flicken" verwechselt und "Angreifen" mit "Anfassen", weil auch dafür jeweils die entsprechenden Begriffe bildlich dargestellt sind. Weitere Begriffe wie "Schote", "Umleitung", "Küste", "Hochhieven", "Posten", "Felsvorsprung" und "Giebelseite" wurden auch nur in den allerwenigsten Fällen richtig gedeutet.

Keinerlei Schwierigkeiten hingegen machten Begriffe wie "Projektionsapparat", "Telefonscheibe", "Thermosflasche", "Bogenschütze" und "Reptil".

6.3. Vergleich der T-Werte, die beim Merkfähigkeitstest BA erreicht wurden.

Altersgruppe	Streubreite BA T-Werte	Ø T-Werte
7 Jährige	65 - 69	64
8 Jährige	31 - 65	42
9 Jährige	39 - 65	59,9
1o Jährige	53 - 65	59,4
11 Jährige	35 - 65	6o
12 Jährige	43 - 63	59

Auch im Merkfähigkeitstest erwiesen sich die getesteten 7 Jährigen als Beste. Diesmal werden sie dicht gefolgt von den 11, 9, 1o und 12 Jährigen, Schlußlicht sind die 8 Jährigen.

Auffallend war, daß die Kinder des Palottiheimes über eine ganz ausgezeichnete Merkfähigkeit verfügen und alle ihnen gestellten Aufgaben mit überaus großer Genauigkeit erledigten.

6.4. Diskussion der Ergebnisse des Feinmotoriktestes KP.

Altersgruppe	Streubreite KP T-Werte	Ø T-Werte
7 Jährige	52 - 73	61,5
8 Jährige	34 - 53	44
9 Jährige	2o - 6o	46,3
1o Jährige	36 - 59	44,4
11 Jährige	38 - 58	47,3
12 Jährige	36 - 58	44,3

Wie in bisher allen Tests bekamen auch hier die 7 Jährigen die höchste Punktzahl. Diesmal folgen die anderen, die mit ihren Wertungen sehr dicht zusammen liegen, in einem ganz enorm großen Abstand, und zwar in der Reihenfolge: 11, 9, 1o, 12 und 8 Jährige.

6.5. Besprechung der Testergebnisse des Motoriktestes LOS.

Altersgruppe	Streubreite LOS T-Werte	Ø T-Werte
7 Jährige	56 - 73	61,5
8 Jährige	46 - 59	52.4
9 Jährige	49 - 72	56
1o Jährige	39 - 63	52,2
11 Jährige	44 - 64	54
12 Jährige	38 - 64	48

Die 7 jährigen Probanden haben hier ebenfalls den besten Durchschnitts-T-Wert, die Neunjährigen folgen, dann kommen die 11, 8, 1o und 12 Jährigen.

Abschließend sei noch auf unsere persönlichen Erfahrungen hingewiesen, die wir mit TBGB machten.

Wir konnten feststellen, daß die Kinder der Homburger Klinik, der Lebenshilfe und auch die des Palottiheimes unseren Testvorhaben stets wohlgesonnen gegenüberstanden, sie begrüßten die Abwechslung meist sehr und freuten sich, daß gerade sie getestet wurden und daß unser Interesse gerade ihnen galt. So hatten wir in aller Regel gute Ausgangsbedingungen für unsere Zwecke.

Der Test selbst wurde mit allen Untertests von den Probanden stets mit Interesse und Aufmerksamkeit verfolgt trotz der beträchtlichen Länge und Schwierigkeit der Testbatterie. Bis auf einige wenige Kinder, die jedoch allgemein etwas indifferent waren, bereitete es unseren kleinen Versuchspersonen meist sichtliche Freude, die von uns gestellten Aufgaben zu erfüllen.

Unsere Testbatterie wurde auch von allen Fürsorgerinnen und Sonderschullehrern sehr begrüßt; wir besprachen eingehend die Ergebnisse und einigen von ihnen konnten wir sogar wertvolle Hinweise für die von ihnen zu betreuenden Kinder geben.

Weiterhin stellten wir fest, daß die Aufgaben, bei denen eine Zeitgrenze vorgeschrieben war, nur von sehr wenigen unserer untersuchten Kinder vollständig ausgeführt werden konnten; das betrifft hauptsächlich den motorischen Test LOS. So konnten Aufgaben, wie beispielsweise eine bestimmte Anzahl von Streichhölzern einhändig oder beidhändig einsammeln oder nach einem bestimmten Schema sortieren, eine vorgeschriebene

Anzahl von Punkten setzen, ein Labyrinth durchfahren, einen Kreis exakt ausschneiden, alle diese genannten Aufgaben konnten nur zwischen 26% und 3o% unserer Probanden ausführen. Jedoch sind bei diesen insgesamt sechsunddreißig Aufgaben umfassenden Test (LOS) fünfzehn Aufgaben darunter, die 7o% - 9o% unserer getesteten Kinder zu erfüllen im Stande waren.

Wir empfanden es als sehr angenehm, daß die Standard-T-Werte so genormt sind, daß sie absolute Vergleichszahlen darstellen und daß sich anhand des relativ einfach aufzustellenden Testprofils optimale Möglichkeiten bieten, einmal Einblick in die verschiedenen Leistungen des Kindes zu bekommen, zum anderen diese Leistungen mit denen anderer Kinder unabhängig von Alter und Geschlecht direkt vergleichbar sind.

Als weniger günstig erweist sich die Tatsache, daß die Standardisierung allein für oligophrene Kinder ist, daß die T-Werte also nur ihre Gültigkeit für Intelliganzquotienten haben, die unter siebzig liegen, daß also somit ein Leistungsvergleich zwischen einem geistig behinderten und einem normal intelligenten Kind bei dieser Standardisierung des Testes nicht gegeben ist.

Da die Ergebnisse von TBGB zur Erkennung der Gebiete dienen soll, die den Kindern am meisten liegen und eine gezielte und spezifische Förderung eben dieser Gebiete nach sich ziehen soll, können wir sagen, daß ihr Einsatz in allen Kinder- und Jugendheimen sowie in allen Schulen und anderen Bildungs- und Aufenthaltsstätten von geistig behinderten Kindern absolut zu begrüßen wären.

Auch ihr Einsatz im Bereich der psychiatrischen Klinik erscheint uns durchaus sinnvoll, denn die Testergebnisse werden gutachterlich fixiert und gelangen auf diesem Wege auch in

die Hände der Erzieher.

Könnten Fürsorger, Erzieher und Ausbilder bei allen den von ihnen zu betreuenden schwachsinnigen Kindern diese Testbatterie einmal anwenden, würden sie unmittelbar über die Talente und Fähigkeiten ihrer Zöglinge Bescheid wissen und könnten darüber etwas Konkretes aussagen und - was wohl das Wichtigste ist - sie könnten mit einer zielgerichteten Ausbildung und Förderung auf eben dem Gebiet beginnen, das sich Dank dieser Testbatterie TBGB als bei einem bestimmten Kind als besonders gut ausgeprägt erwiesen hat.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Um die Testbatterie TBGB zu erproben und zu beurteilen, wurde sie bei einunfünfzig oligophrenen Kindern im Alter von sieben bis zwölf Jahren angewandt, die teils stationär in der Universitäts-Nervenklinik Homburg waren, teils aus der Lebenshilfe Homburg sowie aus der Sonderschule G Neunkirchen (Palottiheim). In einer eingehenden Literaturschilderung der untersuchten Problematik wird u.a. besonders auf die Störung der Intelligenz, auf psychoreaktive Störungen und auf die sozialen Probleme aufmerksam gemacht. Ein kurzer Überblick über allgemeine Testpsychologische Verfahren leitet dann die Besonderheiten dieser Testbatterie und die gesamte Ergebnisbesprechung ein.

Es bestand eine sehr unterschiedliche Geschlechtsverteilung der Versuchspersonen, die jedoch ohne größere Relevanz ist und nur deswegen zustande kam, weil nahezu fünfzig Prozent unserer Probanden in einer Jungensonderschule getestet wurden; so kam es zu einer Verteilung von achtzehn Prozent Mädchen und zweiundachtzig Prozent Jungen.

In 4o% der Fälle konnte anamnestisch die Ätiologie der Oligophrenie festgestellt werden, wovon bei 15% ein pränataler Schaden zu manifestieren war. 16% der hirngeschädigten Kinder hatten zusätzlich cerebrale Krampfanfälle.

Unsere Erfahrungen mit der Testbatterie waren sehr gut, die Kinder waren schnell für alle Aufgaben zu gewinnen und zeigten insgesamt großes Interesse; es waren die Testvoraussetzungen in allen Fällen nahezu optimal.

Die Testbatterie, so läßt sich abschließend sagen, ist ein großer Gewinn für die Reihe der psychologischen Testverfahren, da sie eine wichtige Möglichkeit zur Differenzierung der Fähigkeiten oligophrener Kinder bietet. Ihre Anwendung ist daher sowohl im Rahmen der klinischen Diagnostik indiziert, als auch in Heimen, Sonderschulen und überall dort, wo oligophrene Kinder betreut werden.

LITERATURVERZEICHNIS

ASPERGER, H. — Heilpädagogik
Springer Verlag Wien 1952

ASPERGER, H. — Moderne Problematik cerebraler Störungen im Kindesalter
Wiener Med. W.Schr. 11o, 1oo2, 196o

BASH, K.W. — Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1955

BENDA, C. — Die Oligophrenien
in: Psychiatrie der Gegenwart
Bd. II, H.W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller.
Springer Verlag, 196o.

BICKEL, H. — Stoffwechsel und Schwachsinn
in: Jahrbuch der Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Band IV
Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1965.

BLEULER, E. — Lehrbuch der Psychiatrie
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1969

BONDY, C.
COHEN, R.
EGGERT, D.
LÜER, G. — Testbatterie für geistig behinderte Kinder TBGB
Verlag Julius Beltz
Weinheim, Berlin,Basel 1969

v.BRACKEN, H. — Intelligenzschwäche und Umwelt
in: Jahrbuch für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete
Stutte BD. VII Verlag Hans Huber
Berlin Stuttgart Wien 1969

BRENGELMANN, J. — Psychologische Methodik und Psychiatrie
in: Psychiatrie der Gegenwart Bd I/2
H.W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Groß M. Müller,
Springer Verlag Berlin, Göttingen Heidelberg 196o

BUMKE, O. — Lehrbuch der Geisteskrankheiten
Bergmann Verlag München
1924

BURGEMEISTER, B.B.
BLUM, L.H.
LORGE, J. — The Volumbia Mental Matury
Scale
Yonkerson - Hudson 1954

CATELL, R.B. — The I PAT Culture Free (or fair)
Intelligence Test (a measure of
"g"), Compaign III, 196o

CORRAD, K. — Über den Begriff der Vorgestalt
und seine Bedeutung für die Hirn-
pathologie
Nervenarzt 18, 289, 1947

DORSCH, F.
GIESE, F. — Pathologisches Wörterbuch
Frankfurt/Main Menck 1952

DUNN, L.M. — Peabody Picture Vocabulary Test
Manual
Minneapolis 1959 American Guidance
Service

EGGERT, D. — Tests für geistig Behinderte
Beltz Verlag Weinheim Berlin
Basel 197o

GÖLLNITZ, G. — Die Bedeutung der frühkindlichen
Hirnschädigung für die Kinderpsy-
chiatrie
Georg Thieme Verlag 1954

GOLDSTEIN — The Organism
New York 1935

GROSSMANN, G.
SCHMITZ, W. — Sonderpädagogik verhaltensgestörter
hirngeschädigter Kinder
Rufschmitt Verlag Volk und Gesund-
heit VEB Berlin 1966

HANSELMANN, H. — Elternlexikon
Rotapfelverlag Zürich 1956

HANSELMANN, H. — Einführung in die Heilpädagogik
Rotapfelverlag Zürich 1958

HELMCHEN, H. — Deutsche Übersetzung der internatio
nalen Klassifikation der psychia-
trischen Krankheiten (Diagnosenschlüs-
sel der WHO: ICD)

HOMBURGER, A. — Über die Entwicklung der menschlichen Motorik und ihre Beziehungen zu den Bewegungsstörungen der Schizophrenen
Zeitschr. für die ges.Neurol. und Psych. Bd. 76, 1922

HOMBURGER, A. — Zur Gestaltung der normalen menschlichen Motorik und ihrer Beurteilung
Zeitschr. für die ges.Neurol. und Psych. Bd. 85, 1923

HÜTER — Geburtseinleitung und frühkindlicher Hirnschaden
in: Die Prophylaxe frühlindlicher Hirnschäden
Elert, R. und K.A. Hüter
Georg Thieme Verlag Stuttgart 1966

HUFFMANN, G. — Das neurologische und psychische Defektsyndrom bei frükindlichem Hirnschaden
Georg Thieme Verlag Stuttgart 1968

HUFFMANN, G.
STÖCKER, K.H. — Der methodische Weg zur Differenzierung von Intelligenzdefekten
Rehabilitation (Stuttgart) 3, 1964, 111 - 117

JASPERS — Allgemeine Psychopathologie
Springer Verlag Berlin, 1948

JUSSEN, H. — Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe,
Kösel Verlag München, 1967

KENNEDY, J.F. — Zit. nach Kunitsch, R.
Das geistig behinderte Kind
Birkhauser Verlag Basel Stuttgart 1969

LANGE-CASSAC — Spätschicksale dystrophischer Säuglinge
Leipzig 1939

LEMPP, R. — Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose
Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1964

LEMPP, R. Die Perseveration und ihre differentialdiagniostische Bedeutung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in: Jahrbuch für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete Bd. VII Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1964

LENZ, W. Bedeutung und Genetik für die zerebralen Anomalien des Kindesalters Wiener Med. W. Schr. 11o, 1oo4, 196o

LUTZ, J. Kinderpsychiatrie Rotapfelverlag Zürich und Stuttgart 1968

MICHEL, L. Allgemeine Grundlagen psychometrischer Tests in: Handbuch der Psychologie Bd VI Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1964

MÜLLER-KÜPPERS, M. Das leicht hirngeschädigte Kind Hippokratesverlag Stuttgart 1969

OSERERTZKY Echelle métrique pour la recherche de la capacité motrice chez l'enfant (Original russisch) in:Chapéde in Merkin Moskau 1925

OSERETZKY Motorische Skala für die Untersuchung der Motorik bei Kindern Zschr. Neur. 1o6, 12o, 1926

PAUL, H. Mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Heft 6, Aug. Sept. 197o, 199 - 2o6

RETT, A. Grenzen und Möglichkeiten der Therapie hirngeschädigter Kinder Wiener Med. W.Schr. 51/52, 112o 1958

RETT, A. — Klinische Aspekte der pharmakodynamischen Reaktion hirngeschädigter Kinder
Wiener Med. W.Schr. 11o, 1o46, 196o

REY — Monographies de psychologie dinique
Delachaux und Nistée Nechatel
Paris 1952

SCHLACK, H. — Nervenkrankheiten im Kindesalter
Hippokratesverlag Stuttgart 1963

SCHMID, ASPERGER — Handhuch der Kinderheilkunde
Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1969

SCHNEIDER, K. — Klinische Psychopathologie
Georg Thieme Verlag Stuttgart 1967

SCHRAML, W. — Klonische Psychologie
Hans Huber Verlag Berlin 197o

SLOAN — The Lincoln Oseretzky Motor Development Scale
Genet. psychol. Monogr. 51,183 1955

SPINDLER, P. — Zur psychologischen Methodik und Diagnostik an hirngeschädigten Kindern
Wiener Med. W. Schr. 1o9, 81 1959

SPITZNAGEL — Über die Gültigkeit einer Gültigkeitsuntersuchung
Diagnostica 13, 62 1967

STERN, E. — Über Verhaltens- und Charakterstörungen bei Kindern und Jugendlichen
Rascher Verlag Zürich 1953

STERN, W. — Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen und die Methode ihrer Untersuchungen
Leipzig, 1928

STUTTE — Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychiatrie der Gegenwart
in: H.W. Gruhle, R. Jung,
W. Meyer-Gross, M. Müller,
Springer Verlag Berlin, Göttingen
Heidelberg 1960

THALHAMMER, O. — Die Ursachen kindlicher Entwicklungsstörungen unter besonderer Berücksichtigung der vorgeburtlichen Schädigung
Wiener Klin. Wschr. 69, 166
1957

VEITH — Über die Pathogenese des perinatalen Hirnschadens
in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2o, 9o5
196o

WARREN, H.C. — Dictionary of Psychologie
Boston Houghton Mufflin Comp.
1934

WEGENER, H. — Die Minderbegabten und ihre sonderpädagogischen Förderungsgutachten
in:Roth, H. Begabung und Lernen
Klett Verlag Stuttgart 1969

WEWETZER, K.-H. — Das hirngeschädigte Kind
Psychologie und Diagnostik
Georg Thieme Verlag 1959

ZÜBLIN, W. — Das schwierige Kind
Georg Thieme Verlag Stuttgart
1967

An dieser Stelle möchte ich mich bei dem Direktor der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar, Herrn Prof. Dr. H.H. Meyer, für die freundliche Überlassung dieses Themas bedanken.

Ebenso gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. med. H.M. Meyerhoff und Herrn Dipl. Psychologen M. Dony, die mich in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in das Thema dieser Arbeit einführten.

Lebenslauf

Am 14.11.1945 wurde ich als zweite Tochter des Maschinenbau-Oberingenieurs Heinz Müller und seiner Ehefrau Ursula Müller, geborene Weißner, in Berlin-Tempelhof geboren. 1952 kam ich in die 8. Grundschule in Berlin-Tempelhof, 1958 wechselte ich in die Oberschule wissenschaftlichen Zweiges über, die Luise-Henriette-Schule in Berlin-Tempelhof.

Im Mai 1959 verzogen wir nach Heilbronn. Dort besuchte ich drei Jahre das Elly-Heuss-Knapp-Gymnasium.

Im Frühjahr 1962 verzogen wir nach Freiburg im Breisgau, wo ich am Goethe-Gymnasium die drei letzten Schuljahre und mein Abitur absolvierte.

Im Sommer 1965 begann ich mein Medizinstudium an der Universität des Saarlandes. Zur gleichen Zeit verlegten meine Eltern ihren Wohnsitz nach Hamburg.

Im Sommer 1966 konnte ich erfolgreich die naturwissenschaftliche und im Frühjahr 1969 die ärztliche Vorprüfung ablegen.

Mein Staatsexamen bestand ich am 9. 6. 1972.

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse sind im folgenden Anhang einige Testprofile der Probanden dargestellt.

A N H A N G

Testprofilblatt

TBGB

Name des Kindes: MARIA B.

Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

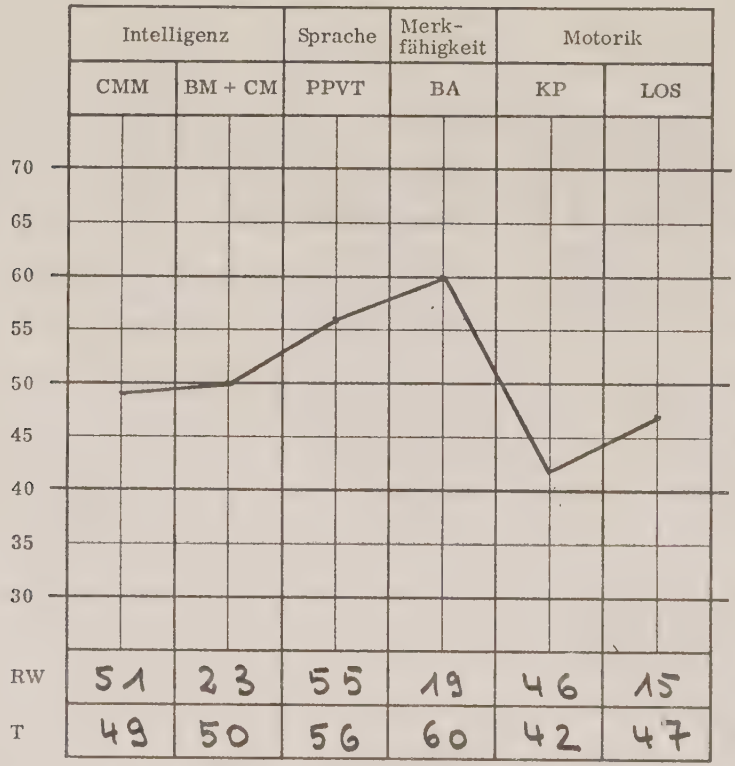
Heim, Anstalt, Schule: LEBENSHILFE HOMBURG

seit: _____

Anschrift der Eltern: _____

Eingewiesen (überwiesen) von: _____

Versuchsleiter: _____



	CMM	BM + CM	PPVT	BA	KP	LOS	
RW	51	23	55	19	46	15	Rohwert
T	49	50	56	60	42	47	Standardwert

er: 12 ; _____ Jahre: _____ Geschlecht: ♀

Ausgewertet am: _____ von: _____

Interpretation: _____

Diagn.: Geburtstrauma

Behandlungsvorschlag: _____

_____

(Unterschrift)

Testprofilblatt

TBGB

Name des Kindes: Jürgen F.

Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

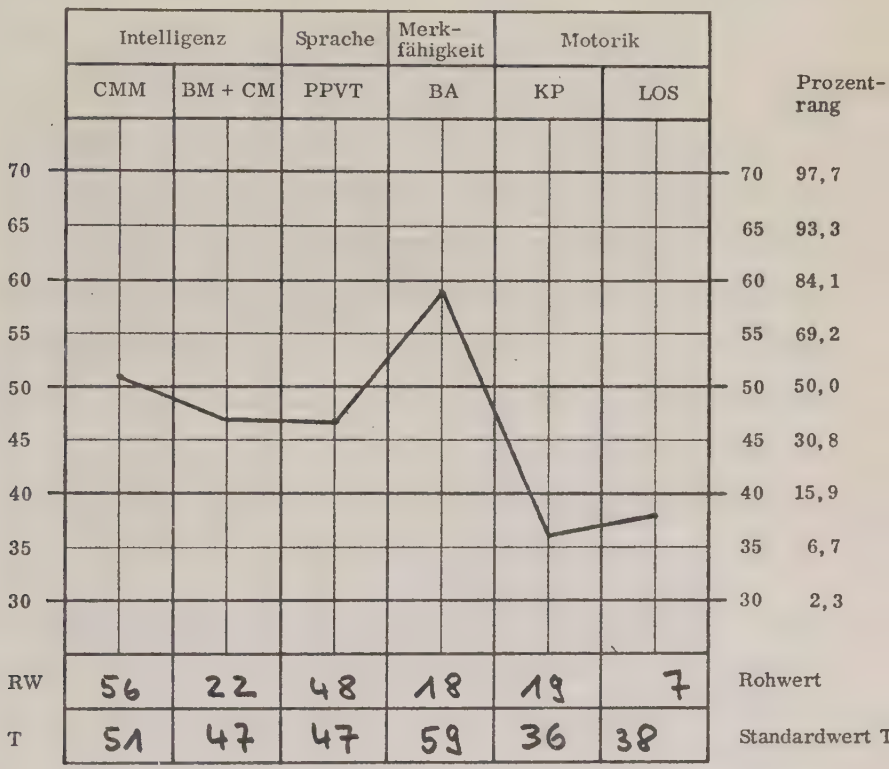
Heim, Anstalt, Schule: PALOTTIHEIM NEUNKIRCHEN

seit: _____

Anschrift der Eltern: _____

Eingewiesen (überwiesen) von: _____

Versuchsleiter: _____



Alter: 12 ; _____ Jahre: _____ Geschlecht: ♂

Ausgewertet am: _____ von: _____

Interpretation: _____

Diagn.: Mongolismus

Behandlungsvorschlag: _____

_____

(Unterschrift)

TBGB

Testprofilblatt

Name des Kindes: KURT S.

Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

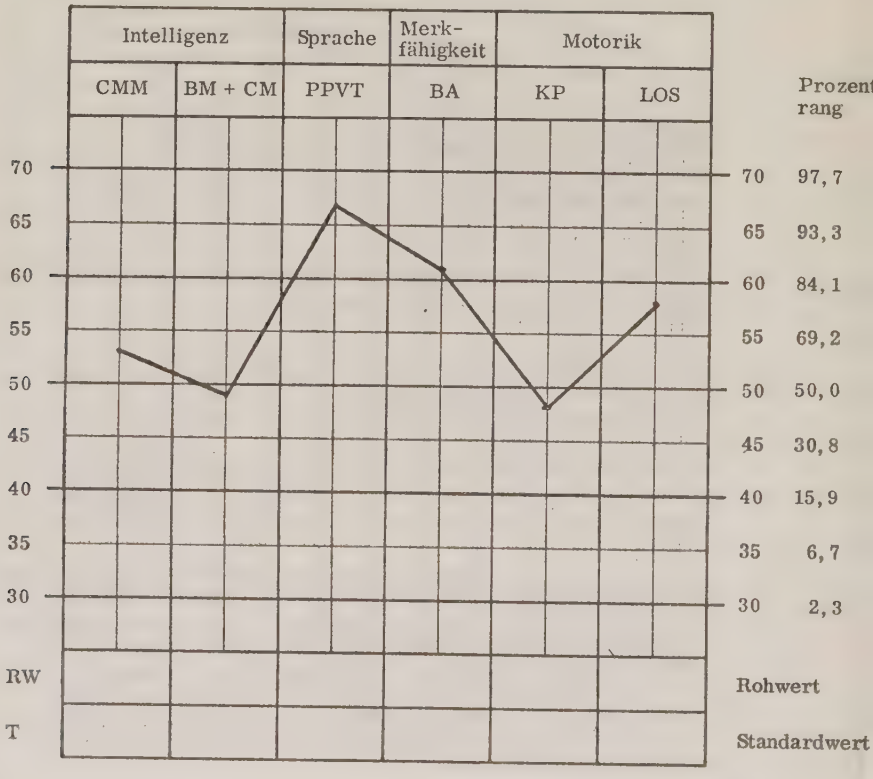
Heim, Anstalt, Schule: UNIV. NERV. KLINIK HOMBURG

seit: _____

Anschrift der Eltern: _____

Eingewiesen (überwiesen) von: _____

Versuchsleiter: _____



Alter: 9 ; _____ Jahre: _____ Geschlecht: ♂

Ausgewertet am: _____ von: _____

Interpretation: _____

Diagn.: Frühkindl. Hirnschaden

Behandlungsvorschlag: _____

_____

(Unterschrift)

TBGB

Testprofilblatt

Name des Kindes: PETER F.

Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

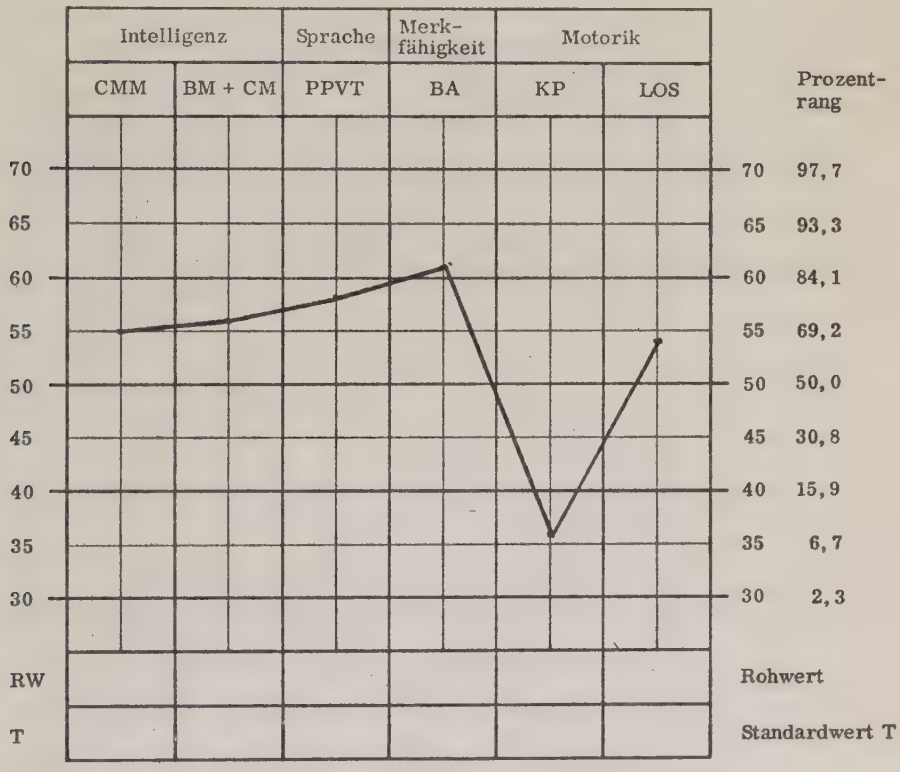
Heim, Anstalt, Schule: LEBENSHILFE HOMBURG

seit: _____

Anschrift der Eltern: _____

Eingewiesen (überwiesen) von: _____

Versuchsleiter: _____



Alter: 9 ; _____ Jahre: _____ Geschlecht: ♂

Ausgewertet am: _____ von: _____

Interpretation: _____

Diagn.: Geburtsschaden

Behandlungsvorschlag: _____

_____

(Unterschrift)

TBGB

Testprofilblatt

Name des Kindes: SABINE B.

Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

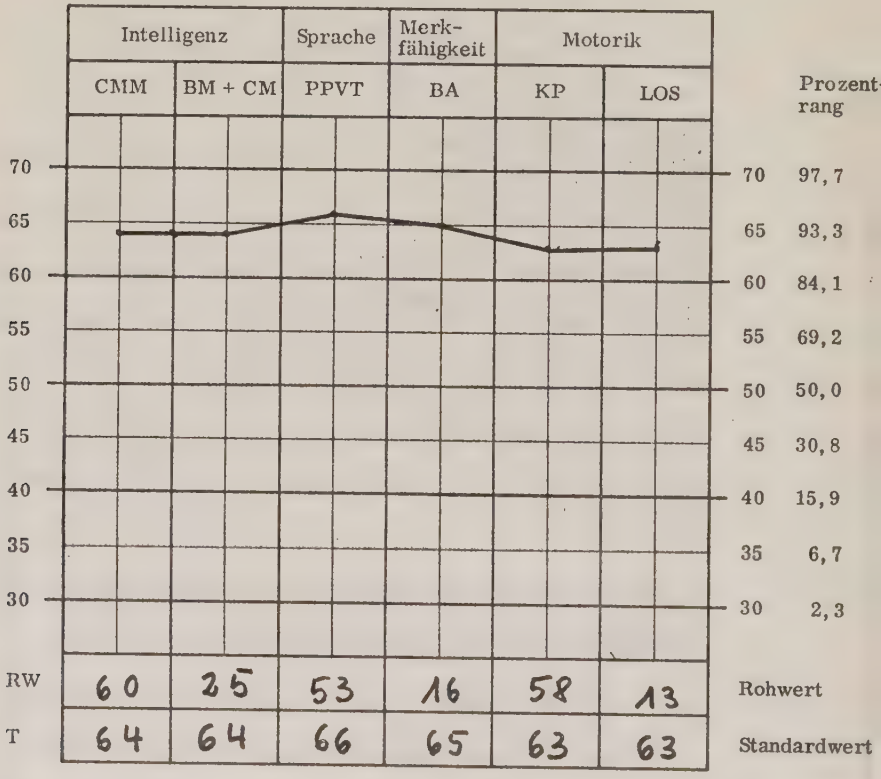
Heim, Anstalt, Schule: UNIV. NERV. KLIN. HOMBURG

seit: _____

Anschrift der Eltern: _____

Eingewiesen (überwiesen) von: _____

Versuchsleiter: _____



Alter: 7 ; _____ Jahre: _____ Geschlecht: ♀

Ausgewertet am: _____ von: _____

Interpretation: _____

ANFALLSLEIDEN

Behandlungsvorschlag: _____

_____

(Unterschrift)

Testprofilblatt

TBGB

Name des Kindes: PETRA 3.

Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

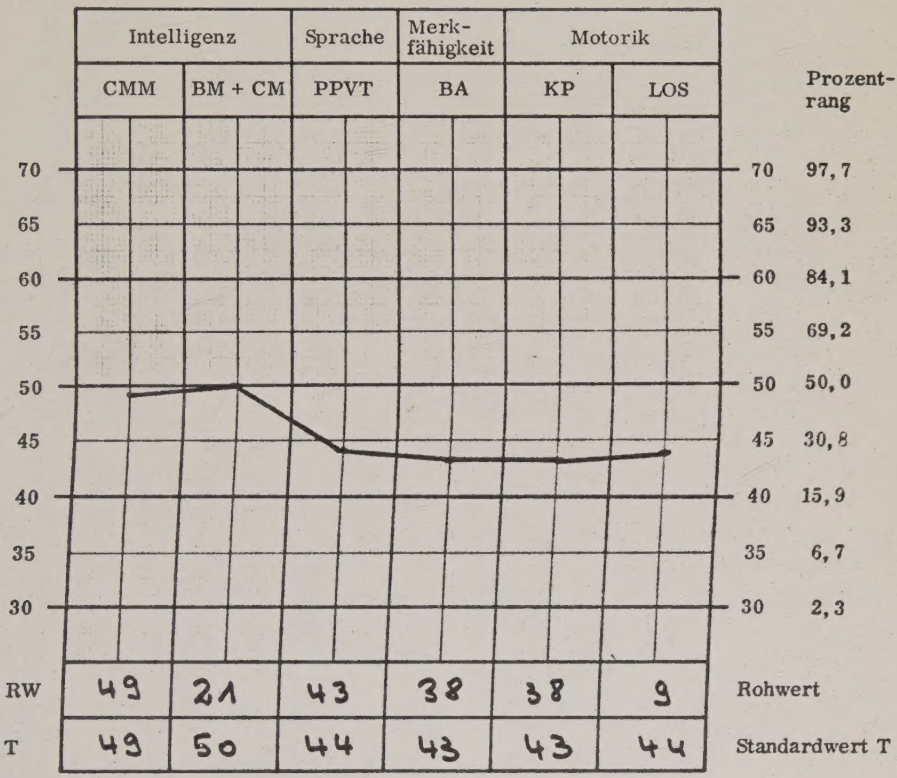
Heim, Anstalt, Schule: UNIV. NERV. KLIN. HOMBURG

seit: _____

Anschrift der Eltern: _____

Eingewiesen (überwiesen) von: _____

Versuchsleiter: _____



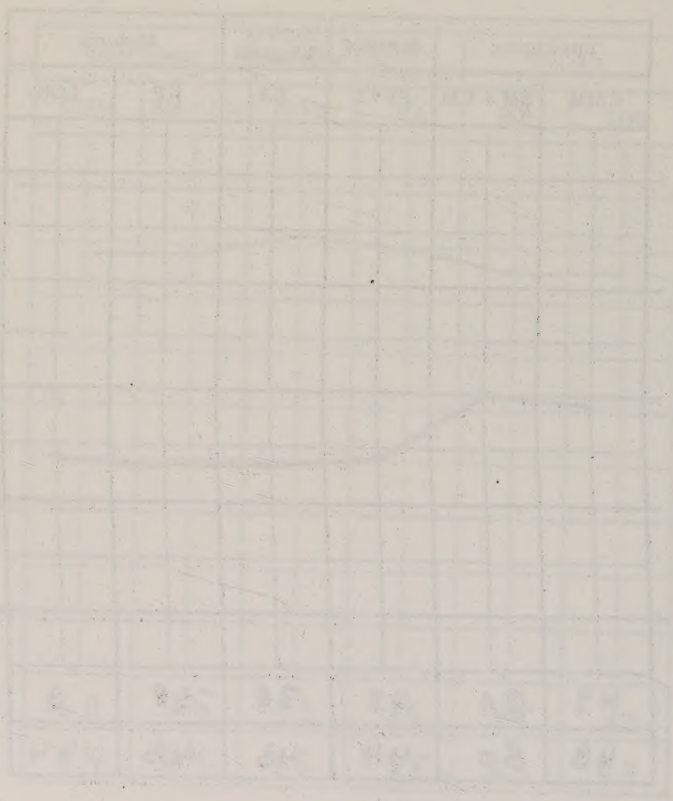
Alter: 11 ; _____ Jahre: _____ Geschlecht: ♀

Ausgewertet am: _____ von: _____

Interpretation: _____

Diagn.: Geburtsschaden

Behandlungsvorschlag: _____

_____

(Unterschrift)